

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales



**TESIS DOCTORAL**

**El trabajo social en el ámbito de la salud: su posición dentro  
del paradigma biopsicosocial**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**José Antonio Delgado Reguera**

**Director**

**Francisco Javier Pomal Fernández**

Madrid  
Ed. electrónica 2019

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL**  
**Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales**



**EL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD: SU  
POSICIÓN DENTRO DEL PARADIGMA BIOPSIICOSOCIAL**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**José Antonio Delgado Reguera**

Bajo la dirección del Doctor Francisco  
Javier Pomar Fernández

**Madrid, 2017**







“...el deseo de mejorar de condición, deseo que si bien generalmente se manifiesta en forma serena y desapasionada, arraiga en nosotros desde el nacimiento y nos acompaña hasta la tumba. En todo el intervalo que media entre estos dos momentos, apenas habrá un instante en que el hombre se sienta tan satisfecho de su situación que no ansíe un cambio o mejoría.”

La Riqueza de las Naciones, Adam Smith.



## AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que me han ayudado, de una manera u otra, en este viaje hacia el conocimiento y la superación. Un viaje en el que la brújula dejó de marcar el norte y el faro se apagó en alguna que otra ocasión. Dónde el horizonte parecía acercarse y alejarse por momentos. Dónde he tenido la oportunidad de realizar paradas en nuevos espacios y aprender, disfrutar de estos desconocidos paisajes.

Un combate contra uno mismo. Un ejercicio de superación. Una lección más de vida.

Un viaje solitario, pero que no se he recorrido en soledad. De aquí mi eterno agradecimiento a todas esas personas que han estado cerca y que es imposible nombrar.

Quiero destacar, de manera especial, el agradecimiento al Dr. D. Francisco Javier Pomar Fernández que me ha dirigido en este trabajo con sabia paciencia y cuidado personal en los momentos más difíciles. Pero no solamente desde ahí, si no desde el cuestionamiento y análisis del propio proceso de investigación, provocando nuevas reflexiones y exploraciones para poder conseguir conclusiones finales válidas, que inciden en la profundización científica y en el desarrollo de la propia disciplina y de las prácticas profesionales de nuestro, querido por ambos, Trabajo Social. Gracias, Director.

Igualmente quiero agradecer a los diferentes profesores de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid que, junto a mi director, provocaron y animaron este desafío. De manera especial al Dr. Andrés Arias Astray y a la Dra. María José Barahona de León.



Gracias a todos los compañeros de profesión que han colaborado con la investigación. Por las inquietudes compartidas, los diagnósticos personales sobre la situación de nuestra profesión, su tiempo en mitad de la presión de sus trabajos y todo de manera tan gratuita, solo por la promesa de un café. Gracias compañeras/os.

Gracias a las personas que han estado cerca animándome y para brindarme ayuda y un apoyo real y emocional. Gracias, Miguel, José y Laura.

Gracias a mis padres que, sin saber muy bien en qué consistía esto de realizar un doctorado, me animaban con un “termina lo que has empezado y que te está suponiendo tanto sacrificio”.

Susana, unas líneas no pueden expresar todo el agradecimiento que merece tu apoyo y tu compañía en esta travesía. Sin ti no podría haber sido posible. Gracias desde el corazón.

Por último, quiero agradecerle a mi hijo Pablo las horas de juego que le he robado y las mañanas que le he pedido que siguiera en la cama y que dejara estudiar un poco más a papá. Gracias, quiero que sepas que esto, en una medida muy importante, es para y por ti.

## RESUMEN

El Trabajo Social es una profesión que no se desarrolla solo en su ámbito habitual, el de los Servicios Sociales, sino que, además, se encuentra en otros ámbitos como el de la *salud*. A pesar de que esta presencia se remonta al año 1905, donde se crea el primer Servicio Social Médico en el Massachussets General Hospital, y de que hoy en día existen trabajadores sociales en casi la totalidad de los hospitales públicos, no se contempla dentro de la categoría de profesión sanitaria. Este hecho cuestiona no solo su posición dentro del paradigma biopsicosocial, sino también la aplicación real de este paradigma en la intervención sociosanitaria.

El motivo de la presente investigación es el de profundizar en la figura profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud. Para ello estableceré, como objetivo principal, conocer el perfil de los profesionales del Trabajo Social dentro de este ámbito de intervención y sus opiniones respecto a su conocimiento teórico y su desempeño laboral, teniendo como marco el municipio de Madrid. Posteriormente intentaré analizar la satisfacción laboral de los encuestados.

Para esto he desarrollado unos objetivos descriptivos y analíticos. Los primeros me han permitido conocer el perfil del profesional (edad, sexo y estado civil), su perfil formativo y laboral

Los objetivos analíticos me han ofrecido información sobre el modo en que desempeñan su tarea como profesionales, el análisis del conocimiento teórico y la aplicación de metodologías propias y del recurso donde realizan su desempeño profesional. Por último, el disponer de información sobre su opinión y su posicionamiento profesional actual, especialmente respecto al trabajo en equipo, la satisfacción laboral y su opinión sobre la especialización en Trabajo Social Sanitario.

Los datos que he obtenido de las encuestas y la entrevista, así como la información documental que he aportado en la primera parte de la investigación, tienen un eje transversal: la definición de salud que propone la OMS entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.

Esta tesis doctoral se estructura en dos partes, una teórica y otra en la que se desarrolla la investigación que he realizado entre diferentes profesionales del Trabajo Social, que desarrollan su labor en el ámbito de salud dentro del municipio de Madrid.

En la parte teórica me he aproximado a los conceptos de salud y de Trabajo Social desde una perspectiva histórica y descriptiva con el objetivo de situar la conexión de ambos campos y las condiciones en las que se produce.

Para ello he profundizado en el concepto de salud, su evolución y su modo de interpretarse desde los diferentes modelos sanitarios y los sistemas de protección de la salud dentro del Estado Social, Democrático y de Derecho. La salud, entendida como un derecho fundamental, exige una descripción de la evolución histórico-legislativa para facilitar una mejor comprensión de los Sistemas Sanitarios, su organización y el marco legislativo actual dentro del ámbito europeo, autonómico y municipal.

Después de describir la salud he analizado el Trabajo Social desde la misma lectura histórica y descriptiva. Desde sus orígenes hasta que se institucionaliza, obteniendo un reconocimiento, una acreditación y una legalidad, aspectos que también se buscan con la apuesta de la especialización del Trabajador Social Sanitario.

Al tener que encontrar su lugar fuera del espacio “natural” del Sistema de Servicios Sociales, he considerado necesario abordar el tema de sus campos de actividad, funciones, ética y valores. El tema de la ética resulta de interés ya que el Juramento de Hipócrates ha sido históricamente el referente con el que se han identificado los principios que regían el acto médico. Por este motivo he abordado

un análisis de los Códigos Deontológicos del Trabajo Social y de la profesión médica para ver si sus orientaciones profesionales promueven una intervención biopsicosocial en el abordaje de la salud y en los estilos de la relación interprofesional.

Previamente a la identificación de los modelos predominantes que los profesionales del Trabajo Social expresan en la investigación, he considerado necesario abordar la herencia de las aportaciones teóricas que han influido en el proceso de formación de la teoría del Trabajo Social y sus principales modelos de intervención.

El papel específico del Trabajo Social en el ámbito de la salud, sus fundamentos éticos y técnicos, la definición y las prácticas de intervención, se afrontan intentando responder a la cuestión de si el Trabajo Social es una profesión sanitaria. La respuesta por el momento es negativa, aunque la especialización ya tiene unos primeros estudios oficiales.

En la segunda parte de este estudio, expongo la investigación empírica desarrollada presentando la justificación de la investigación, sus objetivos, hipótesis planteadas y método del estudio (ámbito del estudio, estrategia de recolección de los datos, la muestra y sus características), los instrumentos empleados y una breve descripción del análisis de datos cuantitativos utilizado.

Para profundizar en este tema he optado por combinar el análisis documental, que da base a la parte teórica del estudio, con técnicas cuantitativas y cualitativas. He desarrollado éstas mediante el análisis de los resultados obtenidos a través de los cuestionarios y entrevistas que han cumplimentado trabajadores sociales que realizan su desempeño profesional en el ámbito de la salud.



## **ABSTRACT**

Social work is a profession that it is not only carried out in its usual area which is, the social services; you can also find it in other fields, such as healthcare. Although the first Medical Social Service was founded in 1905 in the Massachusetts General Hospital and today there are social workers present in nearly all public hospitals, this role is not considered a medical profession. This issue not only questions its place in the biopsicosocial paradigm, but also the real implementation of this paradigm in the socio-sanitary intervention.

This study has been put together to analyse the professional role of a social worker within the medical area. The main objective is to get to know the profile of these social workers within the mentioned area and their opinions about their educational background and how they carry out their job, in Madrid.

Several descriptive and analytical objectives have been established. The first ones will help us know more about the professional profile (age, gender and marital status), along with the educational and work profiles.

The analytical objectives offer us information on how these professionals carry out their tasks, their educational background and the implementation of own methodology as well as the resources of their workplace. Also, we will receive opinions on their current role within a team, their professional satisfaction and their specialisation on Social-Sanitary Work.

The data obtained in the survey and in the interview, along with the documentation handed in the first part of the investigation, have all had a

crosscurricular topic: the accepted meaning of the word “Health” proposed by the WHO which is - state of complete physical, mental and social well-being -.

The doctoral thesis is divided in two parts: a theoretical part and a study of several social workers that develop their daily activity in the medical field in Madrid.

In the theoretical part we have approached the meaning of “Health” and “Social work” from a historical and descriptive perspective aiming to find out how the two areas connect and in what conditions.

I have analysed the meaning of the Word “Health”, its evolution and the different ways of interpreting it from the various medical models and from the Social and Semocratic State of Law. “Health”, understood as a fundamental right, requires a description of the historical and legislative evolution to better understand the medical system, its management and the current legislative frame within Europe and the different regions in the country.

After analysing the Word “Health” I have done so with “Social work” using the historical and descriptive point of view, that is, since it was founded until it becomes an institution, obtaining recognition, credit and legality; all aspects that we seek to apply to a Socio-Sanitary worker.

Having to place the Social Services System outside its “natural” space, I see necessary to approach the fields of application, features, ethics and principles. Ethics is especially interesting as the Hippocratic Oath is the historical reference of principles with which medical practice has been carried out. This is the reason why we have analysed the code of ethics for social work and for a medical role to find out if the professional orientation encourage a biopsicosocial intervention in the “health” context and in the interprofessional relationships.

Prior to identifying the main models that the social workers show in the study, I found necessary to approach the heritage of the theoretical contribution that has affected the process of setting up the theory of the social work and its main models of intervention.

The particular role of social work in the medical area, its ethical and technical principals, the meaning and the intervention practice is all explained when we ask if social work is considered a medical profession. Currently the answer is “no” although the specialisation already has some official studies.

The second part of this study contains the experiential investigation with the reasoning behind, its objectives, the suggested hypothesis, the methodology of the study (scope, data collection, characteristics of the sample), the tools and a brief description of the quantitative data provided.

In order to go deeper in this topic, I have combined documentary analysis - which sets the base for the theoretical part of the investigation - with quantitative and qualitative techniques. All has been obtained through questionnaires and interviews completed by social workers in medical fields.

*Palabras clave:* trabajo social, salud, biospiciosocial, satisfacción laboral, sociosanitario.





## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD Y SU DIMENSIÓN POLÍTICA.7</b>	
1.1. LA SALUD: DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO.....	7
1.2. MODELOS CAUSALES. ....	14
1.2.1. MODELO UNICAUSAL.....	15
1.2.2. MODELO MULTICAUSAL. ....	16
1.2.3. MODELO MÚLTIPLES CAUSAS/MÚLTIPLES EFECTOS. ....	17
1.3. CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD SOCIAL.....	23
1.3.1. LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD.....	31
1.3.2. EL MODELO DE SALUD OMS O EUROPEO.....	40
<b>CAPÍTULO 2. LA SALUD EN EL MODELO DEL ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA....</b>	<b>53</b>
2.1. CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA FORMA DE RELACIÓN ESTADO-INDIVIDUO, INDIVIDUO-ESTADO.....	53
2.2. ESPAÑA: EL ESTADO SOCIAL, DEMOCRÁTICO Y DE DERECHO COMO MARCO Y RETO EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD. ....	60
2.3. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: RECORRIDO HISTÓRICO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ....	63
2.3.1. RECORRIDO HISTÓRICO.....	63
2.3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	72
2.3.3. EL SISTEMA SANITARIO Y LA CRISIS ECONÓMICA.....	77
2.4. EL MARCO LEGISLATIVO EN EL CAMPO DE LA SALUD.....	80
2.4.1. MARCO LEGISLATIVO EUROPEO.....	80
2.4.2. MARCO LEGISLATIVO AUTONÓMICO (COMUNIDAD DE MADRID). ....	85
2.4.3. MARCO LEGISLTIVO LOCAL (AYUNTAMIENTO DE MADRID). ....	92
<b>CAPÍTULO 3. LA CONSTRUCCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL: BUSCANDO LA CONEXIÓN CON LA SALUD. ....</b>	<b>99</b>

3.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LOS ORÍGENES DEL TRABAJO SOCIAL Y SUS FIGURAS DE REFERENCIA. ....	102
3.2. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN .....	110
3.3. LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA. ....	119
3.4. EL TRABAJO SOCIAL: IDENTIDAD Y ÉTICA, CAMPO DE ACTIVIDAD Y CONVERGENCIA CON LA SALUD. ....	128
3.4.1. IDENTIDAD Y ÉTICA. ....	128
3.4.2. CAMPOS DE INTERVENCIÓN. ....	138
3.4.3. CAMPO DE ACTIVIDAD Y CONVERGENCIA CON LA SALUD. ....	141
<b>CAPÍTULO 4. PRINCIPALES MOVIMIENTOS CIENTÍFICOS, INTELECTUALES E IDEOLÓGICOS Y SU INFLUENCIA SOBRE EL TRABAJO SOCIAL. ....</b>	<b>153</b>
4.1. INTRODUCCIÓN. ....	153
4.2. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL. ....	162
4.3. DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN A LA DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL. ....	176
<b>CAPÍTULO 5. LA SALUD SOCIAL. ....</b>	<b>185</b>
5.1. CONCEPTUALIZANDO LA SALUD SOCIAL. ....	185
5.2. EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD: ¿PROFESIÓN SANITARIA? .....	189
5.3. ESPACIOS DE RELACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO. ...	203
5.3.1. LA INTERDISCIPLINARIEDAD: UN MODELO RELACIONAL DE TRABAJO Y DE PODER. ....	203
5.3.2. LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN ESPAÑA. ....	212
5.4. DIMENSIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO. ....	215
5.5. TRABAJO SOCIAL SANITARIO: DEFINICIÓN Y PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN. ....	218
5.5.1. TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA. ....	222
5.5.2. TRABAJO SOCIAL EN ÁMBITO HOSPITALARIO. ....	231
5.5.3. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL. ....	243
5.5.4. TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES. ....	251
5.5.4.1. LA DIMENSIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES. ....	257

5.5.4.2. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES. ....	260
5.6. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO: LA ESPECIALIZACIÓN. UN RETO O UNA REALIDAD.....	266
<b>CAPÍTULO 6. SATISFACCIÓN LABORAL. ....</b>	<b>269</b>
6.1. INTRODUCCIÓN.....	269
6.2. DEFINICIÓN.....	275
<b>CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA.....</b>	<b>289</b>
7.1. INTRODUCCIÓN. ....	289
7.2. OBJETIVOS. ....	290
7.2.1. OBJETIVO GENERAL .....	290
7.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS. ....	290
7.2.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DESCRIPTIVOS .....	290
7.2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ANALÍTICOS .....	291
7.3. HIPÓTESIS. ....	292
7.4. MÉTODO.....	294
7.4.1. ÁMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN. ....	294
7.4.1.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	294
7.4.1.2. ÁMBITO POBLACIONAL.....	295
7.4.1.3. ÁMBITO GEOGRÁFICO.....	297
7.4.1.4. ÁMBITO TEMPORAL. ....	297
7.4.2. SUJETOS DE ESTUDIO. ....	298
7.4.3. ESTRATEGIA DE ESTUDIO. ....	300
7.4.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN: CUESTIONARIOS Y ENTREVISTA.....	301
7.4.4.1. CUESTIONARIOS. ....	301
7.4.4.2. ENTREVISTA. ....	306
7.4.5. RECOGIDA Y MECÁNICA DE RECOGIDA. ....	310
7.4.6. FASES DE LA DISTRIBUCIÓN Y RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN POR VÍA DE CUESTIONARIOS. ....	310

7.5. TRATAMIENTO DE DATOS.....	311
<b>CAPÍTULO 8. ANÁLISIS DE DATOS DE LOS CUESTIONARIOS: “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD” Y “SATISFACCIÓN LABORAL”.....</b>	<b>313</b>
8.1. DATOS REFERIDOS A LOS OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD”.....	314
8.1.1. OBJETIVOS DESCRIPTIVOS.....	314
8.1.2. OBJETIVOS ANALÍTICOS.....	320
8.2. DATOS REFERIDOS A LOS OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO “SATISFACCIÓN LABORAL”.....	342
8.2.1. OBJETIVOS DESCRIPTIVOS.....	342
8.2.2. OBJETIVOS ANALÍTICOS.....	343
8.3. ANÁLISIS DE VARIABLES EN FUNCIÓN DE LAS HIPÓTESIS.....	355
8.4. ENTREVISTA: ANÁLISIS DEL DISCURSO.....	368
8.4.1. MÉTODO.....	368
8.4.2. ANÁLISIS.....	373
<b>CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>377</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>393</b>
<b>ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....</b>	<b>451</b>
<b>ANEXO I. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO: “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD”.....</b>	<b>455</b>
<b>ANEXO II. CUESTIONARIO: “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD”.....</b>	<b>456</b>
<b>ANEXO III. ENTREVISTA.....</b>	<b>462</b>
<b>ANEXO IV. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO SATISFACCIÓN LABORAL.....</b>	<b>464</b>
<b>ANEXO V. INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTIONARIO SATISFACCIÓN LABORAL.....</b>	<b>465</b>
<b>ANEXO VI. CUESTIONARIO: “SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL DE LA SALUD”.....</b>	<b>467</b>

## ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS, GRÁFICOS Y DIGRAMAS

### TABLAS:

<b>Tabla 1.</b> Sistemas sanitarios en Europa: Sistema de Seguros Sociales – El modelo mutualista o de "Bismark" .....	44
<b>Tabla 2.</b> Resumen de Sistemas Sanitarios en Europa: Servicio Nacional de Salud – El modelo de sistemas públicos o de "Beveridge" .....	45
<b>Tabla 3.</b> Estado de salud percibido por la población (%). .....	47
<b>Tabla 4.</b> <i>Population change - Demographic balance and crude rates at national level demo_gind.</i> .....	48-49
<b>Tabla 5.</b> Resumen de las principales características de los sistemas sanitarios de la U-15. ....	50
<b>Tabla 6.</b> Copago de los pacientes en la UE-15. ....	51
<b>Tabla 7.</b> Tipología de modelos sociales europeos. ....	59
<b>Tabla 8.</b> Evolución histórico-legislativa de la Protección de la salud en España. ....	71
<b>Tabla 9.</b> Principales iniciativas legislativas del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.....	82
<b>Tabla 10.</b> Población por comunidad autónoma, según sexo (*). .....	86
<b>Tabla 11.</b> Ordenación sanitaria del territorio de las comunidades autónomas. ....	89
<b>Tabla 12.</b> Resumen del Trabajo Social en España. ....	126-127
<b>Tabla 13.</b> Evolución cronológica del Código Deontológico en España y otras fechas importantes.....	132
<b>Tabla 14.</b> Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres en 2012 en los 10 países con mayores cifras.....	148
<b>Tabla 15.</b> Modelos de intervención en Trabajo Social. ....	167-175
<b>Tabla 16.</b> Marco para definir el personal sanitario.....	191
<b>Tabla 17.</b> Niveles de educación y formación relacionados con las profesiones sanitarias según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE, 1997). ....	192
<b>Tabla 18.</b> Campos de formación profesional relacionados con la salud según el manual <i>Fields of training</i> (Campos de formación).....	193
<b>Tabla 19.</b> Denominaciones (títulos) de las ocupaciones relacionadas con la salud según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), revisiones de 1988 y 2008 (1ª parte) .....	194
<b>Tabla 20.</b> Denominaciones (títulos) de las ocupaciones relacionadas con la salud según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), revisiones de 1988 y 2008 (2ª parte).....	195
<b>Tabla 21.</b> Profesiones sanitarias según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre. ....	198-199

<b>Tabla 22.</b> Códigos Deontológicos. ....	209
<b>Tabla 23.</b> Población total asignada a los Centros de Atención Primaria por tramos etarios. ..	225
<b>Tabla 24.</b> Actividad asistencial ordinaria 2013. ....	229
<b>Tabla 25.</b> Número de consultas totales en el año en Asistencia Primaria. ....	229
<b>Tabla 26.</b> Organigrama del Servicio Madrileño de Salud. ....	234
<b>Tabla 27.</b> Distribución de la Población en los diferentes hospitales de la CM. ....	235
<b>Tabla 28.</b> Evolución de las jubilaciones en el sistema sanitario madrileño. ....	238-239
<b>Tabla 29.</b> Objetivos específicos Trabajo Social Sanitario en Hospitales. ....	242
<b>Tabla 30.</b> Estereotipos, imágenes y respuestas sociales ante el fenómeno de las drogas. ...	253
<b>Tabla 31.</b> Relación de CAID en la Comunidad de Madrid. ....	256
<b>Tabla 32.</b> Prestaciones ofrecidas por la Agencia Antidroga. ....	265
<b>Tabla 33.</b> Intervenciones Sociales. ....	266
<b>Tabla 34.</b> Modelos teóricos de la satisfacción laboral y la motivación. ....	281
<b>Tabla 35.</b> Predictores de satisfacción. ....	283
<b>Tabla 36.</b> Dimensiones esenciales vinculadas con la satisfacción de las personas. ....	286
<b>Tabla 37.</b> Recursos sanitarios de Madrid. ....	296
<b>Tabla 38.</b> Número de Trabajadores Sociales. ....	296
<b>Tabla 39.</b> Servicio de orientación grupal. ....	323
<b>Tabla 40.</b> Descripciones sobre hechos que han provocado gran satisfacción laboral a los encuestados. ....	350
<b>Tabla 41.</b> Descripciones sobre hechos que han provocado gran insatisfacción laboral a los encuestados. ....	352
<b>Tabla 42.</b> Concordancia entre modelos en dispositivo (observado y sentido) y satisfacción. .	356
<b>Tabla 43.</b> Frecuencia según modelos. ....	358
<b>Tabla 44.</b> Elementos teóricos más utilizados en la intervención social. ....	359
<b>Tabla 45.</b> Comparación Modelos de intervención que se utilizan (dispositivo/trabajador social). . .....	361
<b>Tabla 46.</b> Comparativa entre nivel de satisfacción y apuesta por la especialización. ....	365
<b>Tabla 47.</b> Resumen del análisis del discurso. ....	371-372

## FIGURAS:

<b>Figura 1.</b> Propuesta de mapa sanitario de la Comunidad de Madrid. ....	76
<b>Figura 2.</b> Aumento de la esperanza de vida en años entre 1990 y 2012, por sexos y grupos de ingresos de los países del África Subsahariana. ....	148
<b>Figura 3.</b> Organigrama Hospital Virgen de la Torre. ....	233
<b>Figura 4.</b> Respuestas a la insatisfacción en el puesto. ....	279

## GRÁFICOS:

<b>Gráfico 1.</b> Las 20 primeras causas de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial, 2012. ....	149
<b>Gráfico 2.</b> Factores psicosociales que interactúan en el trabajo. ....	274
<b>Gráfico 3.</b> Edad.....	314
<b>Gráfico 4.</b> Sexo.....	315
<b>Gráfico 5.</b> Centro donde obtuvo su primera titulación en Trabajo Social / Asistencia Social..	315
<b>Gráfico 6.</b> Titulación inicial en Trabajo Social. ....	316
<b>Gráfico 7.</b> Actualización en la titulación de Trabajo Social. ....	317
<b>Gráfico 8.</b> Intervalo en que finalizó sus estudios en Trabajo Social / Asistencia Social. ....	318
<b>Gráfico 9.</b> Sector institucional en el que desempeña su profesión. ....	319
<b>Gráfico 10.</b> Tiempo que lleva trabajando en el sector de TS en salud. ....	320
<b>Gráfico 11.</b> Función que realiza en su trabajo. ....	321
<b>Gráfico 12.</b> Formas de intervención social usadas. ....	321
<b>Gráfico 13.</b> Servicios de orientación individual. ....	322
<b>Gráfico 14.</b> Provisión de prestaciones. ....	324
<b>Gráfico 15.</b> Formas de atención individual aplicadas.....	324
<b>Gráfico 16.</b> Técnicas de investigación. ....	325
<b>Gráfico 17.</b> Técnicas de diagnóstico. ....	326
<b>Gráfico 18.</b> Técnicas de tratamiento. ....	326
<b>Gráfico 19.</b> Relaciones que establece con los usuarios en el proceso de intervención individual.....	327
<b>Gráfico 20.</b> Elementos teóricos más utilizados en la intervención social (en datos absolutos)..	329
<b>Gráfico 21.</b> Modelos de intervención conocidos (en datos absolutos).....	330
<b>Gráfico 22.</b> Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo/servicio/institución (en datos absolutos). ....	331
<b>Gráfico 23.</b> Modelo/s de intervención en los que basa su intervención (en datos absolutos).	332
<b>Gráfico 24.</b> Motivos por los que los Trabajadores Sociales no aplican modelos definidos de intervención individual en las instituciones en las que trabajan .....	333
<b>Gráfico 25.</b> Satisface las demandas (en datos absolutos).....	334
<b>Gráfico 26.</b> Satisface parcialmente las demandas (en datos absolutos).....	334
<b>Gráfico 27.</b> No satisface las demandas (en datos absolutos).....	335
<b>Gráfico 28.</b> Desde qué enfoque se enmarca la intervención en el Centro (en datos absolutos). ....	335
<b>Gráfico 29.</b> Desde su práctica profesional diaria, ¿cuál creé que es el enfoque con el que trabaja en el Centro? (en datos absolutos).....	336
<b>Gráfico 30.</b> Importancia sentida por el trabajador social respecto al papel en la intervención del equipo (en datos absolutos). ....	337



<b>Gráfico 31.</b> Grado de satisfacción que siente el trabajador social en lo relativo al desempeño de sus funciones. ....	338
<b>Gráfico 32.</b> Opinión sobre la especialización sanitaria en Trabajo Social (en datos absolutos). ....	341
<b>Gráfico 33.</b> Satisfacción con el salario. ....	343
<b>Gráfico 34.</b> Satisfacción con el tipo de trabajo realizado. ....	344
<b>Gráfico 35.</b> Satisfacción con los jefes y superiores.....	345
<b>Gráfico 36.</b> Satisfacción con compañeros.....	346
<b>Gráfico 37.</b> Satisfacción con posibilidades de ascenso. ....	346
<b>Gráfico 38.</b> Satisfacción con la organización de la empresa. ....	347
<b>Gráfico 39.</b> Satisfacción general en su empresa. ....	348
<b>Gráfico 40.</b> Índice general de satisfacción en el trabajo... ..	349
<b>Gráfico 41.</b> Comparación de motivos de satisfacción e insatisfacción laboral. ....	354
<b>Gráfico 42.</b> Número de modelos teóricos mencionados por los trabajadores sociales. ....	358
<b>Gráfico 43.</b> Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo (en datos absolutos). ....	360
<b>Gráfico 44.</b> Desde qué enfoque se enmarca la intervención en el Centro (en datos absolutos). ....	361
<b>Gráfico 45.</b> Grado de satisfacción que tiene como profesional del Trabajo Sociales lo relativo al desempeño de sus funciones (en datos absolutos). ....	362
<b>Gráfico 46.</b> Opinión sobre la especialización sanitaria en Trabajo Social (en datos absolutos). ....	363
<b>Gráfico 47.</b> Satisfacción laboral por franjas de edad (en porcentaje). ....	366
<b>Gráfico 48.</b> Satisfacción laboral por franjas de antigüedad en el trabajo (en porcentaje). ....	367

#### **DIAGRAMAS:**

<b>Diagrama 1.</b> Ejemplo de Modelo Unicausal. ....	15
<b>Diagrama 2.</b> Ejemplo de Modelo Multicausal. ....	16
<b>Diagrama 3.</b> Modelo Múltiples Causas Múltiples Efecto. ....	17
<b>Diagrama 4.</b> Representación de la Triada Ecológica I. ....	21
<b>Diagrama 5.</b> Representación de la Triada Ecológica II. ....	21
<b>Diagrama 6.</b> Representación de la Triada Ecológica III. ....	21
<b>Diagrama 7.</b> Relación entre el Mapa Sanitario y los recursos de los dos niveles asistenciales. ....	77
<b>Diagrama 8.</b> Organigrama de Madrid Salud: Gerencia. ....	95
<b>Diagrama 9.</b> Mapa de Procesos de Madrid Salud.....	96
<b>Diagrama 10.</b> Normativa básica que regula el Sistema Nacional de Salud.....	97
<b>Diagrama 11.</b> El proceso de atención integral a las drogodependencias. ....	261

## **INTRODUCCIÓN.**

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer el perfil de los profesionales del Trabajo Social (TS) dentro del ámbito de la sanidad, así como ver el posicionamiento que tiene como disciplina dentro del paradigma biopsicosocial.

Se trata de una cuestión pertinente y necesaria debido, por un lado, a que es un colectivo que tiene presencia en la mayoría de los recursos sanitarios, pero por otro lado, no está identificado dentro de la categoría profesional sanitaria.

También es congruente con la oportunidad que se vive en este campo de intervención. Existe una corriente profesional que aboga, con fuerza, por la especialización en salud, aspecto que ha impulsado la creación del primer Máster en Trabajo Social Sanitario.

Esto tiene más sentido si el Trabajo Social se entiende como una disciplina científica que tiene como objetivo el cambio social y el fortalecimiento de la población para incrementar su bienestar. ¿Cómo no hacerlo con la propia profesión?

Por otro lado, la aportación de la investigación pretende seguir visibilizando el Trabajo Social Sanitario. Crear y potenciar debate así como ayudar a profundizar en el reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales en el concepto de la salud.

Las anteriores razones acompañan a la primigenia que me impulso a soñar el viaje hacia el doctorado: abordar el tema de las carencias formativas de los trabajadores sociales. Este interés es mayor al situar la intervención no en el “hábitat” natural, el sistema de Servicios Sociales, sino en el Sistema de Sanidad, donde existe una extensa tradición en la intervención con la persona y sus procesos de enfermedad.

Desde el desarrollo de estas líneas reflexiono acerca del papel de los trabajadores sociales dentro del ámbito sanitario teniendo como ejes transversales dos definiciones. La primera refiere que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(OMS, 1948) y la segunda se refiere al Trabajo Social enmarcándolo como “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (IFSW, 2000).

He estructurado el trabajo de la siguiente forma:

En el Capítulo 1 realizo una aproximación teórica a los principales aspectos relacionados con el concepto de salud. Queda superado el binomio de salud-enfermedad siendo el primero contemplado como un Derecho Fundamental del Ser humano, por lo tanto incuestionable y universal. Para ello abordo el tema de la salud como concepto, viendo, no solamente la evolución de la manera de entenderse, sino también los diferentes modelos sanitarios y los sistemas de protección de la salud dentro del Estado de Bienestar.

En el Capítulo 2 intento acotar el concepto de salud dentro del Estado Social, Democrático y de Derecho en España. En la actualidad, los poderes públicos comparten la responsabilidad en la custodia de la buena salud con los titulares de los derechos de la salud, pero, para llegar a esta situación, el recorrido ha atravesado muchas etapas. Tras ello hago una descripción de la evolución histórico-legislativa de la protección de la salud para facilitar una mejor comprensión del Sistema Sanitario Español, de la organización de los Servicios de Salud y del marco legislativo dentro del ámbito europeo, autonómico y municipal.

El Capítulo 3 desarrollo algunos conceptos básicos sobre el Trabajo Social. Las problemáticas que inciden en la compleja realidad social suelen estar relacionadas con los factores económicos, políticos y socioculturales de cada contexto. En el ámbito que investigamos hay, además, que sumarle el factor de la salud. Para abordar esto realizo una revisión del al Trabajo Social desde sus orígenes para, desde ese punto de partida, descubrir cómo llega el Trabajo Social al campo sanitario, y como se produce la convergencia.

Me pareció interesante realizar esta lectura descriptiva histórica para buscar el momento donde la profesión se institucionaliza. Con este hecho obtuvo un reconocimiento, una acreditación y una legalidad, aspectos que también se buscan con la apuesta de la especialización del Trabajador Social Sanitario.

También abordo el campo de la Ética y Valores. Por este motivo realizo una revisión parcial de los Códigos Deontológicos tanto del Trabajo Social como de la profesión médica para ver si sus orientaciones profesionales promueven una intervención biopsicosocial en el abordaje de la salud.

En el Capítulo 4, siguiendo la línea argumental basada en construir desde una perspectiva histórica, he considerado necesario abordar la herencia de las aportaciones teóricas que han influido en el proceso de formación de la teoría del Trabajo Social y sus principales Modelos de intervención. La elección de éstos, en su práctica, ha servido para aproximarse de una manera determinada al objeto particular de estudio (la persona, grupo y/o comunidad y la enfermedad) que se encuentra en un espacio de intervención donde predominan las disciplinas de las ciencias de la salud. Este tema forma parte relevante de esta investigación, ya que pretende identificar los modelos que los profesionales del Trabajo Social refieren utilizar en su práctica profesional dentro de su ámbito de actuación.

En el Capítulo 5 abordo el papel del Trabajo Social en el ámbito de la salud. Afronto la cuestión de si el Trabajo Social es una profesión sanitaria, sus fundamentos éticos y técnicos, la definición y las prácticas de intervención.

También reflexiono sobre los modos de relacionarse entre las profesiones, necesarias para una correcta coordinación sociosanitaria.

En el Capítulo 6 abordo el tema de la Satisfacción Laboral como elemento de motivación o de desgaste en los profesionales.

La segunda parte de esta tesis, constituye la investigación empírica, desarrollada en el séptimo capítulo, dónde expongo la metodología empleada en este estudio. En otras palabras, presento la justificación de la investigación, sus objetivos, hipótesis planteadas y método del estudio (ámbito del estudio, estrategia de recolección de los datos, la muestra y sus características), los instrumentos empleados y una breve descripción del análisis de datos cuantitativos utilizados.

Para profundizar en este tema he optado por combinar el análisis documental, que da base a la parte teórica del estudio, con técnicas cuantitativas y cualitativas. He desarrollado éstas a través del análisis de los resultados obtenidos mediante cuestionarios y entrevistas que han cumplimentado trabajadores sociales que realizan su desempeño profesional en el ámbito de la salud dentro del municipio de Madrid.

Por último, en el Capítulo 8, expongo los resultados de esta investigación, que dan la base para la posterior elaboración de las conclusiones con las finaliza esta investigación.

Como puede observarse, el tema es bastante amplio y soy consciente de que cada capítulo podría ser una investigación en sí misma. Espero, por tanto, que este trabajo motive a otros/as profesionales a realizar estudios más específicos sobre ellos. Este es un trabajo teórico, pero está basado en la realidad práctica del Trabajo Social, conforme lo conocemos, y procura relacionar los problemas teóricos que se presentan con la práctica técnica y también laboral.

## **CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD Y SU DIMENSIÓN POLÍTICA.**

### **1.1. LA SALUD: DEFINICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO.**

El término “salud” posee gran variedad de definiciones, en función de la influencia de los paradigmas que han modificado la conceptualización del campo de acción de la salud a lo largo de la historia. Si el motivo de esta investigación es la de profundizar en el papel del Trabajo Social en el ámbito de la sanidad, me parece fundamental tener claro ahondar en el propio concepto de salud y ver su evolución desde la limitada visión reduccionista que lo ha entendido como objeto de intervención exclusivo de la Medicina hasta la definición consensuada y global contemplada por la Organización Mundial de la Salud.

Según la RAE (2014) la salud es un “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” aunque también se refiere a las “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”. Aquí puede empezar parte de la complejidad de la presencia de lo “social”. Si contemplamos funciones la percepción integra todas las perspectivas del ser humano pero si solamente hablamos de condiciones físicas estamos limitando esa visión del ser humano.

Sigo retrocediendo hasta su etimología latina *salus, salutis* (Del Col, 2007) y su raíz que sería el adjetivo *salvus* a. um “intacto, a salvo”. De estas palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas: salud y salvación (Pardo, 1997). Esto le comporta el significado original de “estar en condiciones de poder superar un obstáculo” (Alarcón, 1988). El autor hace referencia a esta



misma analogía en otros idiomas, como por ejemplo en inglés los términos health, “salud” y holy, “santo” y en alemán con heilen “sanar” y heilig, “santo”.

Estos cambios en el significado llevan a la definición de Tomás de Aquino en “Summa Teológica” (1274), donde la salud es el “hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo”. Con esto, la salud se contempla desde una perspectiva individual, plasmada en un organismo sano.

Contrasta esta visión con la formulada por Hipócrates (460-377 a.C.), quien establece que el bienestar humano era influenciado por la totalidad de los factores del ambiente: hábito, clima, calidad del agua, aire y alimento (Hipócrates citado por Gavidia y Talavera, 2012). Una definición que integra al ser humano no solo con su cuerpo si no con el contexto en el que se desarrolla y con su modo de vida.

Esta visión holística de la salud se mantuvo hasta el siglo XVII en que se separó el cuerpo de la mente, como dos elementos aparte. El cuerpo visto como una máquina compleja, la enfermedad como un quiebre de esta máquina, y el trabajo del médico como reparación de ella. La enfermedad y la salud eran dos extremos. Y es que, desde los primeros tiempos, el hombre se ha preocupado por la salud.

Tras estas consideraciones en torno al término de salud procedo a realizar un breve recorrido histórico de dicho concepto.

En la Etapa Paleolítica, la concepción de salud estaba ligada a la de muerte, producida por agentes naturales, ligados al entorno donde vivían o a causas sobrenaturales. La prevención se realizaba mediante rituales mágicos como modo de protección ante estos factores relacionados con el mundo de los espíritus. La presencia de factores religiosos ha trascendido hasta nuestra

época con la influencia de las principales religiones y sus escritos (La Biblia, el Corán, el Talmud, libros chinos e hindúes).

En el Neolítico, el ser humano ya es sedentario como consecuencia del desarrollo del cultivo. Si bien la referencia a lo sobrenatural es lo que fundamenta la falta de salud y la muerte, aparecen factores ligados al nuevo estilo de vida sedentario, como la densidad demográfica que favorece el efecto negativo de las epidemias, las plagas o las luchas como estrategia de defensa de la propiedad de la tierra. En Egipto aparecen acciones precursoras del concepto de *salud pública* como son la creación de los primeros canales de desagüe para aguas residuales y las primeras normas de higiene personal. El papiro de Ebers (1500 a.C.) es, probablemente, el texto más antiguo en el que se hace referencia a un padecimiento colectivo al mencionar unas fiebres pestilentes, seguramente malaria, que asolaron a la población de las márgenes del Nilo alrededor del año 2000 a.C. La Biblia (Levítico, 1.500 a.C.), el Talmud y el Corán contienen las primeras normas escritas para prevenir las enfermedades contagiosas (Echeverri y Díez, 2015).

Como citaba anteriormente, el concepto de salud como hoy lo entendemos lo encontramos ya en Grecia, e Hipócrates refleja esta perspectiva que se aleja de lo sobrenatural-mágico y se aposenta en fundamentos racionales y científicos, relacionando la salud no solo con el individuo sino con su contexto social y natural. Desde la observación realiza las primeras explicaciones racionales distinguiendo que había enfermedades habituales en una población (endemias) y otras que aparecían periódicamente y luego desaparecían (epidemias).

En la época del Imperio Romano, en el siglo II d.C., la figura de Galeno aparece para seguir consolidando la práctica científica de la medicina fundamentada en la teoría hipocrática. Realiza una aportación bibliográfica importante en el estudio del ser humano, especialmente en el campo de la anatomía y semiología, pero no se queda solo en esta perspectiva. Se puede

decir que nace el concepto de salud pública ya que se inician, en esta época, acciones relacionadas con el bienestar público como la del sistema de eliminación de excretas y recolección de basuras, construcción de viaductos, etc. (Ballesteros et al., 2002).

Pero si anteriormente el conocimiento de la salud y de la enfermedad consigue avanzar desligándose de lo mágico para ser más científica, con la influencia del cristianismo en todo el Imperio Romano aparece una etapa de prohibición de la investigación y de oscurantismo que dura doce siglos. El concepto de salvación encuentra en el sacrificio, la penitencia, el soportar el sufrimiento y el dolor, un vehículo de obtención de mérito para pasar a la Vida Eterna y ganar la salvación. Se da un retroceso en las normas higiénicas, aspecto éste, que no se da en la cultura árabe, retroceso que provoca la aparición de grandes plagas y epidemias.

Entre los siglos XVI y XVII, en la etapa del Renacimiento, comienza una etapa de profundos cambios a nivel político, económico, cultural y social que impulsarán de nuevo la importancia del conocimiento racional científico. Estos cambios marcados, entre otros aspectos, por el desarrollo de altas concentraciones de población, darán paso a las grandes ciudades donde aparecen brotes epidemiológicos importantes o al descubrimiento de América, que conlleva la aparición de nuevas enfermedades como la viruela, sífilis o tuberculosis. Se crean los primeros hospitales bajo inspiración religiosa y, desde el impulso del estudio clínico de los enfermos, se obtienen importantes avances en el estudio de la anatomía y la fisiología.

Durante los siglos XVIII y XIX, la labor de los hospitales se consolida, aumentando su prestigio y su número. También continúa su desarrollo la cirugía, pero si hay un hecho importante es el de la aparición del microscopio que, con el descubrimiento de los microorganismos, ampliará la perspectiva del objeto de estudio. En la Europa que se encuentra bajo la influencia del movimiento ilustrado se impulsa acciones relacionadas con la política sanitaria. Dentro de este movimiento filosófico del despotismo ilustrado tuvo gran importancia la obra de Johann Peter Frank (1779-1827) a quien sitúan como

padre de la política médica o pionero de la Medicina Social moderna. Se pone énfasis en el deber que tiene el Estado de promover la salud de sus habitantes, aunque sea todavía orientada desde regímenes encabezados por monarquías absolutas (Ballesteros et al., 2002).

Con la Revolución Industrial aparecen, al igual que en el Renacimiento, importantes cambios en la estructura social y, como consecuencia, en los ámbitos culturales, económicos y filosóficos. Fue un movimiento tecnológico y científico que permitió al ser humano entrar en posesión de nuevos medios y elementos. Éstos cambiaron el modo de producción con la mecanización de la industria y de la agricultura, y también facilitó los medios de transportar tanto materias como personas, lo que influyó en la aparición de los flujos migratorios y el aumento de grandes núcleos urbanos ligados a las fábricas.

El Mecanicismo hace que también se contemple el cuerpo humano como una máquina. Se produce una deshumanización de la medicina y un desarrollo de la especialización que no es más que el seguir viendo “las piezas de la máquina” por separado. Este desarrollo de la tecnología también trae la aparición de nuevos aparatos de diagnóstico y tratamiento al igual que un impulso y desarrollo en la industria farmacológica (Ortiz, 2001).

El concepto de salud como contraposición de enfermedad permaneció en el siglo XX. Hasta que, a mediados del mismo, se retoma el concepto holístico de salud. También contribuyó de manera decisiva a la mejora de la salud de la mayoría de la población mundial la instauración y desarrollo, en muchos países, de los modernos sistemas de salud pública, aspecto éste que contrasta con la aparición de las primeras aseguradoras. También aparecen las primeras definiciones de salud pública.

Bajo el amparo de las Naciones Unidas se funda, en 1948, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) cuyo objetivo es el de alcanzar, para todos los pueblos, el mayor grado de salud. Es novedoso, y también muy ambicioso, el intentar conseguir la “salud para todos” pero este reto permite globalizar el horizonte y sumar más impulsos. Profundizando en

esta perspectiva holística de la salud, se sitúa a ésta dentro de un triángulo en el que tiene que existir bienestar físico, psíquico y social, no centrando su preocupación únicamente en la ausencia de enfermedad.

Esta evolución también se plasma en las maneras de definir este concepto. Un ejemplo lo podemos ver en la propia OMS, dentro del preámbulo de su Constitución adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, celebrada en Nueva York, y que no ha sido modificada desde 1948. Definía la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Esta definición, si bien es positiva, universal y abarca todos los aspectos del individuo pone eje en el concepto de “bienestar” que lo iguala a “salud”. El bienestar es un hecho subjetivo. En el Centro de Atención a las Drogodependencias donde durante un tiempo realicé mi ejercicio profesional, al preguntar a algunos de los pacientes con los que intervenía el motivo por el que seguían consumiendo, la razón que daban era por el “bienestar” que les proporcionaba consumir la sustancia en cuestión. Otro ejemplo es el de personas que están inmersas en un estado de depresión y no quieren salir del ámbito domiciliario, renuncian a su socialización y viven inmersos en un estado de soledad donde llegan a encontrarse confortables, protegidos. En ambos casos, no hay duda en convenir que ese “bienestar” no es a lo que se refiere la OMS.

En la sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, la salud se presenta como un factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual.

La promoción de la salud consiste en capacitar a los ciudadanos para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y así mejorar esta.

Existen diferentes modelos que intentan explicar y poner en relación la salud y sus determinantes. Entre los clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), que desarrolla Marc Lalonde en el conocido como Informe Lalonde (1974). Este modelo también va en la línea positiva de no mirar solo a la atención de enfermedad, como Hipócrates había argumentado siglos atrás. De especial interés es, cómo señala y pondera, la importancia de los cuatro determinantes de la salud. Estos grupos serían: la Biología y Genética (27%), el medio ambiente y los entornos (19%), los estilos de vida (43%) y el sistema de salud (11%). Esta interesante aportación se completa algunos años después, al poner en relación estos factores determinantes de la salud con el gasto sanitario que genera, comprobando la inadecuación del reparto. El autor realiza esto utilizando los gastos federales en el sector salud en el período 1974-1978 (Lalonde, 1974).

Tarlov, en la conferencia celebrada en Bethesda (Maryland) en 1999, ahondando en la propuesta de Lalonde, aporta un nuevo esquema de determinantes de salud, agrupándolos en cinco niveles, desde el más individual hasta el más general. La atención sanitaria que aparecía en la propuesta de Lalonde no la contempla como determinante de salud, sino como estrategia reparadora. Los niveles son los siguientes:

- ✓ Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.
- ✓ Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.
- ✓ Nivel 3. Determinantes ambientales comunitarios: familia, escuela, vecindario, empleo, instituciones locales, etc.
- ✓ Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación ambiental.
- ✓ Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales

Milton Terris (1980) realizó una revisión de la definición de la OMS y la definió como: “un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. La novedad que aporta esta definición es la introducción de la capacidad de

funcionamiento, la operatividad de los individuos. De lo que se puede inferir que para tener salud no hace falta tener una ausencia de enfermedades o incapacidades. Otra perspectiva para definir la salud es la que aporta René Dubos (1956) que realiza una contribución desde un concepto ecológico definiendo la salud como “El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio” (Orozco, 2006).

Otro de los autores que discrepan de la definición de la OMS por considerarla utópica, estática y subjetiva es Salleras (1985) quien, subrayando además la importancia del contexto, ofrece la siguiente definición: “La salud es el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y su colectividad”.

En la Carta de Ottawa, la OMS da de nuevo un giro al concepto de salud y describe la promoción de la salud como “el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y llevar a cabo unas aspiraciones, satisfacer unas necesidades y cambiar el entorno o adaptarse a él” (OMS, 1986, p. 1). Describiendo, posteriormente, la salud como un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida (como un medio y no solo como un fin). La señalan como un “concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”.

## **1.2. MODELOS CAUSALES.**

Según lo presentado hasta ahora, se puede observar cómo, en la evolución del concepto de salud a lo largo de la Historia, se ha pretendido interpretar y explicar las causas que determinan la salud y la enfermedad poniendo en relación diferentes factores. Estos enfoques estructurados han originado diferentes posiciones, sobre todo en el campo de la epidemiología que se han denominado Modelos Causales.

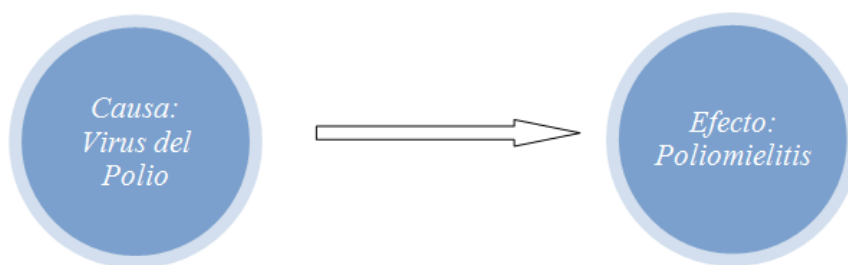
Desde finales del siglo XIX hasta nuestro tiempo, la literatura recoge, principalmente, modelos causales que señalan tres tipos de interrelaciones que van de menor a mayor complejidad. Estos serían: el Modelo Unicausal (causa simple/efecto simple), el modelo Multicausal es el de múltiples causas y un efecto simple y el Modelo de múltiples causas/múltiples efectos, siendo éste último el más aceptado hasta la actualidad (Susser, 1991).

### 1.2.1. MODELO UNICAUSAL.

Este enfoque de monocausalidad ha perdurado hasta principios del siglo XX influenciado por las teorías mecanicistas provenientes de la física, y que quedaron representadas en los Estudios de Ciencias de la Salud (en adelante ECS) en la teoría del contagio de Koch a finales del siglo XIX. Esta influencia creía que, para producir una enfermedad infecciosa, era suficiente un agente (virus, bacterias, hongos, etc.). Una causa única genera un efecto único. (Ej. Diagrama 1). En este modelo no se contemplaron factores asociados al huésped y a su medio ambiente, necesarios para que se produzca una enfermedad.

Diagrama 1

*Ejemplo de Modelo Unicausal.*



Nota: Elaboración propia.

Este modelo determinista aparece como insuficiente ya que no puede responder al porqué no todas las personas expuestas al germen se llegan a



infectar o por qué no todas las infectadas por el germen llegan a desarrollar la enfermedad. Esto es lo que nos lleva a los siguientes modelos (Susser, 1991).

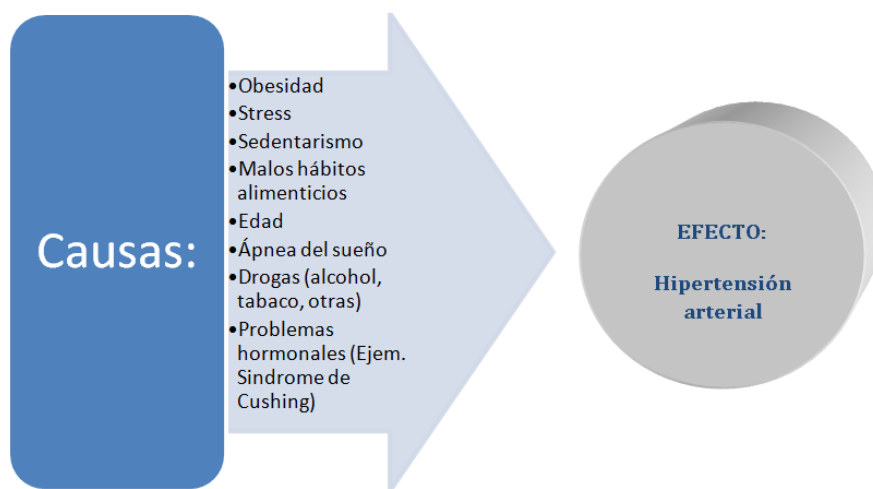
### 1.2.2. MODELO MULTICAUSAL.

El segundo modelo coloca el enfoque en múltiples causas y un efecto (Diagrama 2) y, al igual que el primer modelo, pone su acento en las enfermedades infecciosas. Este modelo observa el aumento de las enfermedades crónicas. Las enfermedades no son producidas por un agente causal único, alejándose del determinismo. Esto significa que existen factores que no son fruto del azar, sino que pueden estar asociados al huésped y a su medio ambiente, y que también, debido a la interrelación de estos factores, pueden condicionar la aparición o el control de determinadas enfermedades.

Esto lleva a poder estudiar patrones de enfermedades en colectivos de personas para luego poder determinar las causas de por qué unos individuos desarrollan una enfermedad y otros no. Este modelo ha sido útil para explicar patrones de enfermedades crónicas y degenerativas que se encuentran en un período transitorio, en el que el agente etiológico no es el único factor que produce el efecto morboso.

Diagrama 2

*Ejemplo de Modelo Multicausal.*



Nota: Elaboración propia

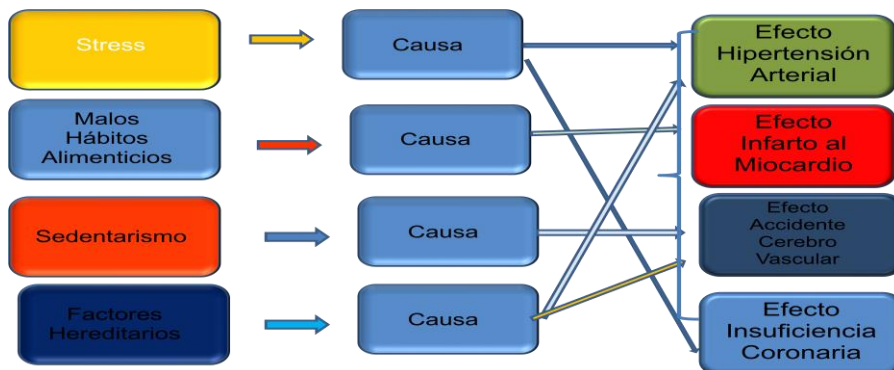
### 1.2.3. MODELO MÚLTIPLES CAUSAS/MÚLTIPLES EFECTOS.

El tercer modelo es el que contempla múltiples causas/múltiples efectos. Relacionado con el concepto holístico de la salud, explica que las enfermedades pueden tener varias causas que, de forma conjunta o independiente, dan lugar a la aparición a las mismas así como una sola causa puede provocar diferentes enfermedades.

Como ejemplo de múltiples causas podría citar la enfermedad del cólera, provocada por diferentes factores causales (el propio germen, la desnutrición, la falta de agua potable, etc.). El consumo excesivo de grasas saturadas sería un ejemplo de causa que puede provocar diferentes efectos o enfermedades como obesidad, arteriosclerosis, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, etc.

Diagrama 3

*Modelo Múltiples Causas Múltiples Efectos.*



Nota: Marqués (1989).

Como se ve, los límites que tiene la enfermedad y los estados de salud se convierten en imprecisos y, desde la influencia de las teorías, se pueden explicar de diferentes maneras. Me detengo brevemente en la explicación que, desde la perspectiva ecológica, se intenta aportar superando las interpretaciones unicasales, reduccionistas y biologicistas puras.

Desde esta perspectiva se asume como causante de la morbilidad un complejo proceso de interacción de factores inherentes al agente, huésped y medio ambiente. A la agrupación de estas variables que interactúan permanentemente entre si se la denomina Tríada Ecológica. Existen diferentes clasificaciones. Expongo brevemente una definición y resumen de aquellos factores que aparecen en la mayoría de éstas clasificaciones, que tienen como referencia la Triada Ecológica de Cockburn (1963) y que me han parecido más significativos desde la perspectiva que aborda esta investigación. Por la naturaleza de nuestra disciplina, esta definición se encuentra más alejada de modelos biologicistas y más ubicados en perspectivas ecosociales de la salud, no solo para la intervención directa, sino en el desarrollo de actuaciones que miran a las causas externas que producen la enfermedad o lesión, desde la promoción y prevención.

**-Agente:** factor o elemento de naturaleza viva o inerte cuya presencia, carencia o alteración pueden iniciar o mantener un proceso morboso o provocar una lesión. Es necesaria su presencia para provocar una enfermedad, pero no necesariamente ocasiona un mal por sí sola. Se pueden clasificar en:

- ✓ Físicos (calor, frío, eléctricos, mecánicos, etc.).
- ✓ Químicos (ácidos, álcalis, tóxicos, cancerígenos, etc.), estos agentes están aumentando exponencialmente con el avance de la industria durante los últimos dos siglos. Para destacar la importancia de estos factores, simplemente señalar el aumento de un importante contaminante atmosférico habitual de las grandes ciudades como es el monóxido de carbono, que ya genera alertas especiales en momentos de alta densidad.
- ✓ Biológicos (bacterias, virus, hongos, parásitos, etc.) estos elementos pueden tanto ocasionar daño como servir de medio para la curación de enfermedades. Algunas de las enfermedades más conocidas en la actualidad, debidas a elementos biológicos son el sarampión, la tosferina, la rubéola, el SIDA, la hepatitis viral, o recordando algunas últimas alertas mundiales la zoonosis, enfermedades de los animales transmitidas a los humanos.

**-Huésped:** todo ser vivo sano o enfermo sobre el que actúan tanto el Agente como el Medio. El ser vivo es poseedor de una carga genética, raza o combinación de razas e historia, etc., que hace que su proceso de salud - enfermedad sea individual y no generalizado. Algunos de estos factores que modifican sensiblemente la respuesta del mismo a las diversas agresiones que recibe son:

- ✓ Edad. Existen enfermedades que se desarrollan generalmente en las diferentes etapas evolutivas del ser humano: el sarampión o la rubéola propias de los niños, aquellas que corresponde a la etapa productiva de la persona y que en su mayoría son accidentes de trabajo, homicidios y accidentes de tránsito o aquellas relacionadas con la última etapa de la vida donde aparecen un elevado índice de enfermedades de tipo degenerativo como osteoporosis, artrosis y cáncer.

- ✓ Sexo.

- ✓ Especie.

- ✓ Raza. Uno de los múltiples ejemplos es el del cáncer de piel, enfermedad que tiene más incidencia en los individuos de raza blanca que en los de raza negra.

- ✓ Trabajo o Profesión.

- ✓ Herencia: La herencia del patrón genético nos puede condicionar para tener una mayor predisposición a desarrollar alguna de las denominadas "enfermedades heredofamiliares" (hemofilia, talasemia, diabetes juvenil, etc.), así como a cierto tipo de patologías, entre otras, la hipertensión arterial.

- ✓ Costumbres.

- ✓ Susceptibilidad y Exposición al riesgo.

- ✓ Factores socio-económicos: Estos factores pueden facilitar desde un acceso a una dieta nutricional adecuada hasta unas condiciones de salubridad adecuadas en el entorno que dificulten el desarrollo de determinadas enfermedades.

En relación a estos factores se puede ver como algunas sociedades han desarrollado, desde sus sistemas de protección social y jurídica, una normativa legal para legislar teniendo en cuenta estos factores. Algunos ejemplos se

pueden ver en los calendarios de vacunación infantil, políticas positivas respecto a la mujer en el trabajo, durante el embarazo y crianza o sobre la protección a menores y mayores marcando edades mínimas y máximas (jubilación) para el desempeño de actividad laboral.

**-Medio ambiente:** es importante por la existencia en él de factores que rodean al huésped y a los agentes pudiendo éstos facilitar o no el estado de salud. Estos factores serían:

✓ Físicos: clima, ubicación geográfica, etc. Por ejemplo: vivir en un medio con altas temperaturas y escasez de agua o elevadas radiaciones solares influirá en los hábitos y desarrollará una mayor predisposición a determinadas enfermedades que si el hábitat se correspondiese con uno de bajas temperaturas y mayor humedad.

✓ Biológicos: flora, fauna y microorganismos del lugar de estudio. Pueden actuar como huéspedes definitivos o intermediarios para favorecer la aparición de la enfermedad o contaminación de otros seres vivos. Esta variable también está muy relacionada con el clima.

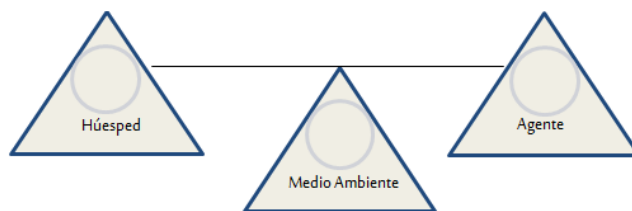
✓ Sociales: bajo este epígrafe se resume diferentes aspectos que se extienden a áreas tan amplias como las relacionadas con el núcleo de convivencia familiar, el medio habitual de trabajo, características culturales, demográficas y, de manera especial, la influencia de los movimientos migratorios, la economía, nivel educativo y cultural (grado de alfabetización), la organización social, política, religión, vivienda (problemas de hacinamiento y salubridad), organización sanitaria, etc.

Como ejemplo se podría contemplar un ambiente familiar que debido al comportamiento de los miembros de la familia, sus creencias y sus mitos pueda afectar psicológicamente o físicamente a la salud de alguno de ellos. O algo mucho menos complejo, un medio laboral aparentemente “amable” como podría ser el de un trabajo administrativo, puede generar riesgos que van desde enfermedades profesionales como lumbalgias por problemas ergonómicos, estrés por jornadas prolongadas o situaciones de relaciones no satisfactorias.

La representación de esta Triada Ecológica varía según la significación que se le quiera dar a los tres elementos. Se esquematizan como una balanza (ver Diagrama 4), y el equilibrio de aquellos identifica al estado de salud, mientras que, si se rompe ese equilibrio, se desarrolla la enfermedad.

Diagrama 4

*Representación de la Triada Ecológica I.*

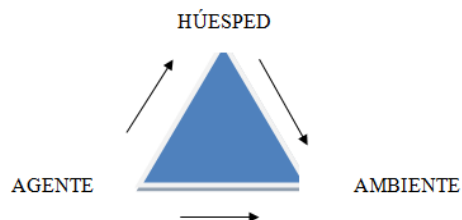


Nota: Elaboración propia basada en Triada Ecológica Cockburn (1963).

También se representan a los elementos en triángulo, con la intención de marcar la interrelación entre los sectores (Diagramas 5 y 6).

Diagrama 5

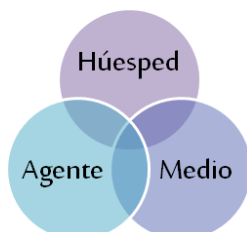
*Representación de la Triada Ecológica II.*



Nota: Elaboración propia basada en Triada Ecológica Cockburn (1963).

Diagrama 6.

*Representación de la Triada Ecológica III.*



Nota: Elaboración propia basada en Triada Ecológica Cockburn (1963).

En resumen, el concepto de salud ha ido evolucionando desde lo puramente curativo a lo preventivo, desde perspectivas deterministas que subrayan modelos monocausales a la multicausalidad y también el multiefecto. Desde lo individual a lo colectivo y, lo que es más importante para la aparición del Trabajo Social, desde la transición de modelos puramente biológicos al modelo biopsicosocial que supone un importante cambio en la concepción de la salud y la enfermedad. Este cambio queda recogido de manera especial en la definición que la OMS acuñó en el año 1948 para el término “salud” y que, entre otros aspectos, supone un cambio importante en la perspectiva que debe adoptarse en las políticas sanitarias.

La enfermedad se convierte en un fenómeno plurideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia. El objetivo ya no es exclusivamente la sanación de la enfermedad sino que nos encontramos con la realidad que aportan muchos de los trastornos crónicos (asma, hipertensión, diabetes, etc.) donde el objetivo, especialmente desde el Trabajo Social, se dirige hacia el aumento en la calidad de vida del paciente, contemplando a la/s persona/s en su totalidad y atendiendo a las repercusiones que produce la enfermedad o lesión en los diferentes contextos donde interactúa.

A este nuevo concepto, “calidad de vida”, se suman otros como “estrategias de afrontamiento de la enfermedad” o “adhesión terapéutica”, donde no solo hay que contemplar los factores causantes sino aquellos que pueden influir en el acceso de la intervención. A veces una razón tan simple como la imposibilidad para acceder a un medio de transporte debido a la falta de ingresos económicos determina el acceso de las personas a los recursos y, por lo tanto, el acceso a la salud.

No hay que olvidar que estos cambios han originado, a su vez, otros que han terminado plasmados en el campo del derecho nacional e internacional. Éstos se han traducido en normas, decretos, leyes, convenios y acuerdos que regulan actividades relacionadas directamente con la prevención de la salud, como las legalmente sustentadas en el desarrollo de diferentes programas de

vacunación (tétanos, sarampión, gripe, etc.), de prevención, control y tratamiento de diferentes enfermedades (tuberculosis, cáncer, SIDA, etc.) e incluso ante aquellas situaciones sobrevenidas como pueden ser los programas de prevención desastres.

Por otro lado, la salud sale del ámbito de la Biología e inunda otras disciplinas científicas y profesionales que acaban plasmando nuevas maneras de actuar que, en muchos casos, terminan por afianzarse de manera legal en nuestra sociedad. Algunas de estas han desarrollado una importante influencia sobre las estructuras productivas, generando cambios de políticas como en el caso de la salud laboral o en la educación.

### **1.3. CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD SOCIAL.**

En el apartado anterior hemos visto la construcción de la definición desde una línea historicista, donde la influencia de la perspectiva ha ido fluctuando desde visiones unidimensionales hasta otras que contemplan más aspectos en la conceptualización de la salud. En definitiva, lo que realiza el ser humano, como ser social, es la construcción social de la realidad que es la salud y la enfermedad basándose en las fuentes del conocimiento que tiene (la tradición, la autoridad y la ciencia) para llegar a una aproximación sintética del conocimiento, que es la definición.

La salud es considerada en todas las culturas como un bien en sí mismo y su mantenimiento y recuperación suele ser uno de los objetivos más importantes, tanto a nivel individual como de la sociedad en su conjunto. El estudio de las representaciones sociales del cuerpo y la salud forma parte de una vieja tradición del laboratorio y objeto de numerosas investigaciones (Candrea y Paladino, 2004).

El problema viene, como hemos visto anteriormente, en qué entendemos por salud, cómo llegamos al acuerdo de realizar su definición. Esto es debido a que a este concepto no se llega exclusivamente desde un aprendizaje



biocerebral, sino que también participan otros conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. Por esto podemos afirmar que la salud no es un concepto particular sino una construcción sociocultural relativa a cada momento de la historia y a los diferentes contextos culturales.

Volvamos sobre el concepto de enfermedad como manera de llegar al de salud. La enfermedad en la naturaleza no existe como tal ya que solo puede entenderse al observarse como una fractura en la línea de continuidad de un ser vivo al cambiar algo en su estado habitual. Con esto llegamos a la conclusión de que para ser denominado como enfermedad tiene que ser observado y al ser observado, el individuo y la sociedad le dan la categoría de enfermedad a esa desviación.

Pero esa desviación o ruptura en el proceso de continuidad que significa la salud puede tener diferentes interpretaciones en función de si se ha llegado como consecuencia del sujeto (práctica de riesgo) o si éste no ha sido responsable de esta ruptura (enfermo por contagio espontáneo) pudiendo incluso entrar en juego construcciones éticas o morales diferentes ante el mismo hecho. La quiebra de la salud, según sea el tipo de enfermedad que aparezca o de la situación social de la persona que la padezca, puede tener una significación social diferente. No existe una percepción única de la enfermedad o del enfermo (Kombilt y Méndez, 2000).

Como un claro ejemplo de esto podríamos citar a las enfermedades infectocontagiosas: la lepra en el pasado o recientemente la enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) y la construcción social que se realizó, y se sigue realizando, en torno a las personas que la padecen. La percepción del VIH ha sido especialmente negativa al igual que la de las personas que lo padecían, llegando, en algún momento, a marcar la enfermedad como propia de colectivos supuestamente marginales. En repetidas ocasiones, sobre todo en la década de los 80 y 90, oí la sentencia de que era una enfermedad de “yonkis y maricones”. El tiempo y los estudios demostraron que no, incluso que la causalidad de contagio en personas

heterosexuales no consumidoras aumentaba con el tiempo debido a falta de conductas sexuales seguras.

También podemos ir a otros ejemplos no tan radicales, tales como el envejecimiento, el mal aliento, manchas en la piel, disminución en la fertilidad, el tabaquismo, etc.

Aunque como ejemplo donde entran en contacto los diferentes factores que dependen de la realidad social de la persona y de su entorno podríamos hablar de las situaciones generadas por la dependencia. En este campo podemos ver como factores personales pueden favorecer o dificultar un mejor afrontamiento de las medidas necesarias para generar soluciones, ya sean relacionadas con la institucionalización o con mejoras de la calidad de vida, desde la autonomía e independencia

Por lo tanto, podemos afirmar que la salud y la enfermedad, que parten de la realidad social, son conceptos socialmente contruidos. La consideración de un hecho como un signo de enfermedad depende de factores relacionados con la Sociedad y la Cultura, desde donde se generan los valores culturales, normas sociales y las reglas de interpretación que se comparten en una sociedad. Éstos tienen un carácter dinámico y se van contruyendo, a su vez, en las diferentes etapas de la vida.

Es por esto por lo que no resulta fácil, a veces, cambiar conductas relacionadas con el cuidado de la salud. Nuestros comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales complejas (Candrea y Paladino, 2004) y no es fácil cambiar éstas por otras conductas aunque esto signifique un mejor cuidado de la salud.

Pero si el conocimiento lo elaboramos también desde la influencia de aspectos socioculturales no hay que olvidar el riesgo del carácter céntrico y universal que le damos a una ciencia contruida desde la hegemónica perspectiva cultural occidental. Los aspectos anteriores tienen especial relevancia ya que el Trabajo Social en el desempeño profesional dentro del

ámbito sanitario debe ser consciente de los significados simbólicos-sociales de la enfermedad y la salud.

El concepto de salud y enfermedad y la manera de entenderse, aparecer y afrontarlos como veíamos en el apartado de definiciones no viene determinado exclusivamente por agentes biológicos. Este concepto tiene determinantes relacionados con diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos y así vemos cómo la enfermedad, diferenciada de la dolencia, hoy en día se considera como un fenómeno cultural complejo en el que los indicadores patológicos son transformados en signos sociales y relacionados simbólicamente con otras dimensiones de la vida social (Martínez y Muñoz, 2008).

Si analizamos algunos hechos cotidianos desde el punto de vista etiológico y evolutivo, podemos observar como la manera de entender la salud y afrontarla está, en gran medida, relacionada con una serie de factores relativos al comportamiento y estilos de vida de los individuos que conforman las sociedades.

Uno ejemplo sencillo sería la influencia del clima en las costumbres alimentarias que se dan en diferentes ámbitos geográficos, siendo éste un factor que influye en la aparición o no de determinadas enfermedades o en recomendaciones preventivas. Como concreción de la influencia del clima en las costumbres podríamos citar el caso de la Dieta Mediterránea recomendada como factor de prevención de enfermedades y de mejora de la salud.

Si analizamos otras variables relacionadas con el status socioeconómico, nos podemos encontrar que la salud puede ir relacionada con otros aspectos como puede ser el de la imagen. Entonces nos encontramos con atenciones sanitarias, especialmente en el ámbito privado, relacionadas con la estética que tienen que ver más con la perspectiva del bienestar psicológico y que a veces pueden abrir debates sociales como el que originó una sala de fiesta al proporcionar, como premio, operaciones de aumento de senos. Esto generó una polémica social de la que se hicieron eco los medios de comunicación

(Agencia EFE, 2008) que tuvo como consecuencia un debate sobre posible retirada de ese premio por parte de la sala de fiestas al considerarla publicidad sexista o la suspensión de este tipo de premios en otros lugares.

La estrategia publicitaria de esta sala de fiestas no hizo más que trasladar, con cierto éxito, algo que está publicitándose de manera habitual y de modo normalizado en los canales de información y por lo tanto que está aceptado socialmente y al que solo tienen acceso personas que tengan una cierta capacidad económica. En este caso la construcción social de este hecho puso el límite en la mayoría de edad de las personas que podrían acceder a este “premio”. Pero entonces ¿esto pertenece al campo de la salud?

El fenómeno de la inmigración también ha influido en el modo de entender y construir una imagen y un concepto de la salud pero desde el enfoque del derecho al acceso a los sistemas de protección de la salud. Aquí es donde vemos la salud no solo como un concepto sino como un derecho que necesita recursos y por lo tanto gasto público o privado. Aún cuando, paradójicamente, por regla general, el inmigrante económico es joven y con un nivel de salud de partida bueno, frente al inmigrante comunitario, de mayor edad y en consecuencia con menor salud pero con recursos económicos generalmente más que suficientes. Es en los factores sociales donde nos encontramos que el inmigrante económico experimenta situaciones de marginación, hacinamiento, soledad y pobreza que nos tiene que conducir a analizar sus condiciones de vida e indicadores de salud como factores mejorables, con acciones no solamente de protección social, sino de asistencia sanitaria, desde el ámbito de la prevención de la enfermedad y de la integración social.

Con esta realidad se añade otro factor de desigualdad más ya que el derecho a la salud puede depender del estatus jurídico que tenga la persona.

Por último, y de manera muy breve, señalar, como siempre hablando desde la realidad occidental, lo que hoy significa una revolución y un gran desafío para la sociedad y para las ciencias de la salud. La población vive ahora hasta edades muy avanzadas y las causas de su muerte son bien

distintas a las que se daban en épocas anteriores. Ahora hablamos de envejecimiento activo que en 1990, la OMS definió como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Si al hablar del incremento de la inmigración hablamos de un aumento en la carga económica para el Estado, el envejecimiento impone más demandas económicas y sociales, exigiendo esta realidad la generación de políticas y programas con perspectiva multidisciplinar e integral desde todos los sectores de la sociedad. Como ejemplo en nuestro país tendríamos la Ley de Dependencia, que desarrolla atenciones a distintos niveles: clínicos o médicos, sociales y psicológicos.

La idea de “envejecimiento activo” tiene que ver con el término “salud”, y conlleva generar un sistema de salud que no solo permita prolongar la existencia, sino también la calidad de vida de las personas.

Más ejemplos los observamos en algunas de las enfermedades predominantes actualmente dónde no solamente intervienen factores biológicos. El aumento de personas que tienen cáncer o enfermedades coronarias, el abuso de drogas y alcohol, las generadas por accidentes de tráfico o, como señalaba en sus previsiones para el siglo XXI la OMS, enfermedades relacionadas con la soledad, el aislamiento y el estrés.

Nuevos marcos de referencia que llevan a las diferentes sociedades a recrear conceptos y a nuevas maneras de interpretar y codificar la salud y, en consecuencia, a modificar comportamientos específicos de acuerdo con el nuevo trasfondo explicativo. Uno de estos cambios ha sido el que ha propiciado un traspaso de la responsabilidad sobre la salud, que antes era técnica-profesional, a los propios ciudadanos a quienes se les anima a tener un papel más activo en el cuidado y mantenimiento de la salud (Candrea y Paladino, 2004).

Antes de continuar, una reflexión más: después de lo aportado, la atención sanitaria ¿es un bien y/o derecho público?

Con todo lo anteriormente expuesto, y sobre todo desde nuestro contexto sociopolítico actual, se ha integrado en el pensamiento común que sí es un bien y/o derecho público y que, además, es competencia del Estado asegurar la provisión de la asistencia sanitaria. Como hemos visto, ésta es una idea reciente y que no se ha dado en todos los momentos históricos, incluso en la actualidad no se da del mismo modo en los todos los Estados ni en los diferentes modelos de sistemas de salud.

Si diferenciamos la salud pública de la asistencia sanitaria vemos que no podría ser definida desde el punto de vista teórico como un bien público. La asistencia sanitaria y, por lo tanto, la utilización de las prestaciones orientadas al cuidado de la salud, es individual y limitada ya que depende del acceso a la misma de los recursos disponibles. Ejemplo claro serían la prestación sanitaria odontológica, óptica o el polémico acceso, por ahora no universal, al tratamiento del medicamento para la hepatitis C, una vez aprobada la inclusión del fármaco en la financiación pública. En cualquiera de estos ejemplos vemos como la asistencia sanitaria o al producto sanitario se tiene que hacer de manera privada, siendo generalmente el precio elevado para una parte importante de la población y por lo tanto excluyente.

Otro ejemplo más donde vemos la importancia de lo “social” en la salud y que da razón a seguir profundizando en cómo lo sanitario es más que lo puramente clínico.

Entonces, si la asistencia sanitaria no es un bien público ¿por qué interviene el Estado prestando socialmente bienes que en realidad son privados y que se podrían obtener en el mercado como sucede con otro tipo de servicios personales?, ¿existen algún tipo de razón teórica que sostenga esta construcción que parte de nuestra sociedad comparte?

El sistema económico imperante justifica la intervención del Estado directa o desde la articulación de mecanismos reguladores jurídicos con el objetivo conseguir las mayores cotas de bienestar social, entendido como el equilibrio óptimo entre eficiencia y equidad. Esto se fundamenta en artículos de la Constitución Española como por ejemplo el 9.2, 40, 41, 139.1 y 149.1.1 dónde se detalla la responsabilidad que tienen los poderes públicos de promover condiciones de igualdad y equidad para fomentar el progreso de los ciudadanos y acceso a prestaciones ante situaciones de necesidad ya que, si la única institución reguladora fuera el mercado, la disponibilidad a pagar por medio de la renta sería el único modo de acceder a la asistencia sanitaria lo que supondría que aquellos ciudadanos de menor renta, o sin renta alguna, no tendrían el acceso a estos recursos y, por lo tanto, se incumpliría la premisa de equidad.

Respecto a la desigualdad, el sistema económico de libre mercado genera en la sociedad una distribución de la renta desigual, aspecto que si lo relacionamos con el hecho anterior, también define una posibilidad de acceso a la atención sanitaria desigual.

Una característica fundamental del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), que se define en la Ley General de Sanidad se centra en asegurar una asistencia sanitaria pública que se extienda a toda la población española refiriendo que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. A pesar de estas premisas vemos como existen algunos colectivos que tienen dificultades, o directamente no pueden ejercer este derecho a la asistencia sanitaria, especialmente aquellos colectivos con rentas bajas (por ejemplo perceptores de de rentas mínimas de inserción o de pensiones no contributivas.), personas sin ingresos por agotamiento o extinción de prestaciones, personas con la situación jurídica no regularizada y que no tienen acceso a prestaciones. En la prensa nacional también se ha denunciado la dificultad de acceso para otros casos como los españoles que han vivido en países del extranjero sin convenio sanitario con

España y que tienen recursos económicos, personas que nunca han trabajado y disponen de alguna renta y trabajadores liberales incluidos en colegios profesionales que no están integrados en el régimen especial de autónomos (Pérez-Lanzac. y Sahuquillo, 2010).

Para garantizar la equidad bastaría con que se universalizaran todos estas prestaciones o una redistribución de renta en forma de transferencias monetarias hacia los segmentos de renta más baja, para posibilitarles la compra de un seguro o acceso por libre mercado a la prestación del servicio. Ambas opciones quedan fuera de la realidad en este momento y es en este espacio donde entra en juego la asistencia sociosanitaria benéfica. Este sería otro aspecto para profundizar, sobre todo, en los impedimentos socioeconómicos que tienen ciertos colectivos y, si fuera posible, cuantificar las ayudas otorgadas por las entidades benéficas para llevar a cabo este apoyo a tratamientos sanitarios o, lo que es más común, para facilitar el acceso al pago de medicamentos.

### **1.3.1. LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

Como hemos visto, el paso de la mirada biológica a la mirada integral sobre la salud ha tenido un recorrido en el que se han ido perfilando y considerando nuevos de factores que influían en la salud.

Quisiera hacer hincapié en el conjunto de determinantes sociales, relacionados tanto con el contexto social como con los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Este nuevo horizonte comprensivo nos llevaría a poder cuestionarnos la utilidad y rentabilidad de intervenir, únicamente, desde una perspectiva clínica sobre los individuos, ya que posteriormente podrían retornar a su contexto original donde se pueden dar unas condiciones de vida que le llevarían de nuevo al estado de pérdida de salud o enfermedad o de recuperación. En consecuencia,



se podría afirmar que los factores sociales que permiten a los individuos poseer o mantener su salud son tan relevantes como los dispositivos o servicios a los que acceden cuando enferman.

¿Pero esto es realmente así? Para averiguarlo tendremos que, en primer lugar, relacionar el concepto de salud con el de sociedad o, dicho de otra manera, con la perspectiva “pública” para, finalmente, analizar el concepto de salud pública, y luego ver los esfuerzos humanos, materiales y económicos invertidos en el enfoque individual o poblacional de la salud.

El término salud pública es complejo y también ha tenido un amplio y extenso desarrollo teórico-explicativo al que van unidos un marco de análisis y un abordaje operativo específico. El auge de este enfoque de la salud ha ido muy unido a los cambios que se han desarrollado en los modelos conceptuales en epidemiología y que intentaban establecer la causalidad de factores asociados a momentos de especial prevalencia de determinados perfiles de enfermedades infecciosas y crónicas.

Susser en su discurso sobre el futuro de la epidemiología distingue los siguientes momentos críticos o eras en la evolución de la Epidemiología Moderna (Susser 1996):

a) S. XIX. Estadísticas Sanitaristas. Paradigma: Miasma: envenenamiento del aire, tierra y agua. Enfoque preventivo. Saneamiento ambiental: drenajes, tratamiento de aguas residuales. Ejemplo: las plagas.

b) S. XIX y XX. Enfermedades Infecciosas. Paradigma: Teoría del Germen: un agente específico relacionado a una enfermedad específica. Enfoque preventivo. Interrupción de la transmisión: vacunas, antibióticos. Ejemplo: la tuberculosis.

c) S. XX. Enfermedades Crónicas. Paradigma: La Caja negra: exposición relacionada al evento sin ser necesariamente un factor patógeno. Enfoque preventivo. Control de factores de riesgo modificando estilos de vida. Ejemplo: estudios sobre la relación entre hábito tabáquico y cáncer de pulmón.

d) Fin S. XX. Enfoque preventivo. Paradigma: Caja China: relación de factores a múltiples niveles: celular, individual, poblacional. Enfoque preventivo. Aplicación de información y técnicas a diferentes niveles de intervención. Ejemplo: SIDA.

Desde esta transición en el concepto de la epidemiología se puede contemplar cómo es necesario abordar los determinantes en salud, no solo desde una perspectiva individual, si no desde una poblacional. Desde esta perspectiva se contemplarían unos servicios de salud como respuesta no solo individual si no social, que se organicen para atender tales condiciones y los recursos humanos, materiales y financieros para garantizar la operación de estos servicios. Esto nos introduce en los sistemas de protección de la salud.

Podríamos decir que los sistemas de protección de salud son la respuesta específica que da una determinada comunidad social, soberana e independiente políticamente de otras comunidades. De esta manera se conceptualiza sociopolíticamente la definición de salud.

Por lo tanto el objetivo principal de un sistema de salud es llevar a cabo actividades encaminadas a “proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro” (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad). La mayoría de los sistemas de salud nacionales engloban organizaciones, instituciones y recursos del sector público, privado, tradicional e informal.

Según la OMS (2005) un sistema de salud es “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una

orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”. La Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) considera que las funciones principales de un sistema de salud son la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Respecto a la responsabilidad del desempeño global de los sistemas de salud, la OMS señala directamente al gobierno de cada nación y a las administraciones y corporaciones regionales y municipales como las responsables de realizar una buena gestión del mismo. Esta regulación la realiza mediante el dictamen del conjunto de normas que marcan las reglas de funcionamiento del sistema sanitario.

Al hablar de esta responsabilidad directa que tienen los estados en la gestión y regulación de los sistemas públicos de salud hay que abordar de donde proceden los recursos económicos que van a permitir el desarrollo de las prestaciones de servicios, o lo que es lo mismo, el modo de financiación.

A la hora de abordar el tema de la financiación, vemos que los recursos económicos necesarios para el sostenimiento del mismo pueden provenir del ámbito público o privado (OPS, 2003). Dependiendo de la forma en la que procedan y se gestionen estos recursos podemos distinguir entre cuatro tipos de financiación que vamos a detallar brevemente.

✓ Liberal:

El sostenimiento lo realiza directamente el usuario al proveedor del servicio mediante un pago que realiza de manera directa y voluntaria sin que tenga que concurrir la presencia de ningún intermediario. Esta contratación y utilización de servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda.

✓ Seguros voluntarios:

El usuario utiliza la figura de una entidad intermediaria privada que, tras la suscripción de una póliza, le asegura la asistencia según las prestaciones que haya contratado.

✓ Seguros sociales obligatorios:

Como la anterior, es una entidad intermediaria privada la que facilita el acceso a los recursos pero la aportación económica se realiza a través de cuotas proporcionales a los salarios, pagadas por los trabajadores y por las empresas. La entidad privada encargada de recaudar las aportaciones económicas también tiene la función de pagar a los profesionales o servicios proveedores.

✓ Servicio Nacional de Salud:

En este tipo de financiación es el Estado quien realiza una asignación estable de los recursos económicos a través de sus propios presupuestos generales. Los proveedores son generalmente personal perteneciente a la administración del estado y la gestión del sistema es ejecutada por los directivos políticos.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un Sistema de Salud equitativo y una estrategia fundamental para fomentar el desarrollo y luchar contra la pobreza.

Sin que exista un acceso universal, real, eficiente y eficaz, la cobertura universal se convierte en un propósito imposible y ficticio. La existencia de ambas premisas constituyen “condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar” (OPS, 2003).

Si ponemos en relación estas condiciones con los anteriormente citados modelos o formas de financiación llegamos a la fácil conclusión de que los tipos de financiación liberal y los basados en seguros sociales voluntarios u obligatorios generan la exclusión de la parte de la población que no tiene

recursos para acceder al pago de estos servicios y, por lo tanto, no generan eficacia, eficiencia, satisfacción y sobre todo equidad y universalidad.

Dependiendo del modelo en que se desarrolle, el sistema sanitario se antepondrá a diferentes objetivos y, en consecuencia, los resultados sobre la salud del conjunto de la población serán unos u otros. Los modelos se podrán resumir en tres tipos.

### **MODELO LIBERAL O MODELO LIBRE MERCADO.**

Ésta muy relacionado con los tipos de financiación denominados “Liberal” y el de “Seguros voluntarios” que consideraban la salud como un bien de consumo, accediendo los usuarios a los servicios a través del pago directo al proveedor o a compañías privadas de seguros.

Es un sistema que genera situaciones graves de falta de equidad y discriminación. La labor del estado orientada a proteger la salud es, en comparación con los otros modelos, mucho menor y la asistencia esta focalizada en la atención a la población con menos recursos o con situación de especial necesidad por lo que es necesario que éste sistema coexista con otros servicios de atención benéficos que atiendan a aquellas personas que no puedan pagar directamente la prestación o un seguro con cobertura amplia.

Por lo tanto la responsabilidad sobre la regulación se limita a establecer unas condiciones para el ejercicio (licencias profesionales, etc.) dejando la regulación de la utilización de los servicios en manos de la ley de la oferta y la demanda. Esto tiene una consecuencia positiva ya que, al potenciar la competitividad entre los diferentes proveedores para captar clientes, también genera un mayor impulso en la investigación científica y tecnológica. Además,

derivado de esto último, el sistema liberal capta a los mejores profesionales médicos de todo el mundo porque desde esta competitividad ofrece más dinero y medios y esto genera también que avancen los conocimientos y técnicas.

También es positiva la idea de libertad de elección de los profesionales o dispositivos por parte de los ciudadanos. Aspecto éste que potencia, de nuevo, la competencia y por lo tanto la exigencia de mejora en la atención.

Este modelo se desarrolla principalmente en los Estados Unidos de América.

## **MODELO SOCIALISTA.**

En contraposición al paradigma liberal se encuentra este modelo, cuya principal característica es que la asistencia sanitaria se ofrece en condiciones de gratuidad, equidad y universalidad mediante la solidaridad del conjunto de la sociedad a la hora de costear, desde la gestión presupuestaria del Estado, la atención sanitaria. Como he señalado, la gestión, planificación y distribución de los recursos sanitarios es competencia del Estado, quien tiene, además, la propiedad de los medios de producción.

Además del acceso a la atención sanitaria más solidario del conjunto de la población, tiene como aspecto positivo la potenciación de la medicina preventiva y la educación sanitaria para incrementar los niveles de salud en detrimento de la creación de servicios asistenciales y medicaciones costosas.

Como aspecto negativo podríamos señalar que, debido a que el objetivo está puesto en la atención a las incidencias globales de salud del conjunto de la población, la respuesta ante aquellos procesos que presentan una presencia

cuantitativamente escasa o las enfermedades de difícil diagnóstico no sean atendidas de manera adecuada. También se señalan problemas derivados de la propia rigidez burocrática y administrativa.

Este modelo ha tenido su expresión más ortodoxa en los países donde existe un régimen político comunista, citando de manera especial el caso de Cuba y de Corea del Norte.

### **MODELO MIXTO.**

Es el modelo de gran parte de los países occidentales y se caracteriza por contemplar a todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a producir actividades de salud coexistiendo, de este modo, los dos tipos de sanidad: pública y privada.

Basado en la separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios, la primera es principalmente pública, y la segunda, la provisión de los servicios, será indistintamente pública y privada, pero garantizándose la ejecución de éstos desde unos parámetros de calidad asistencial adecuada.

Encontramos, dentro de este paradigma, una clasificación en función del tipo de financiación que tengan distinguiendo dos modelos:

- ✓ El modelo mutualista o de seguro social de enfermedad, procedente del originario modelo de Bismarck surgido en la legislación social de Alemania de 1883 y que supone la primera conceptualización de la salud como una responsabilidad social.

En él la financiación proviene de las cotizaciones de los trabajadores y empresarios y alcanza a cubrir solo a los mutualistas y a sus familias. Ésta financiación con cuotas tiene carácter obligatorio (trabajador y empresario). Ante el hecho de que solo garantizaba la asistencia a los trabajadores que pagaban el seguro obligatorio se tuvieron que constituir redes paralelas de beneficencia para aquellos trabajadores que no podían pagar su seguro.

Los países cuyos sistemas de salud que provienen de este modelo son, principalmente, los localizados en la zona de Centro-Europa (Francia, Alemania, Austria, Bélgica, Luxemburgo y Holanda).

Aunque inicialmente fue concebido como un sistema exclusivo para los trabajadores por cuenta ajena de renta baja y media, ha ido evolucionando y en la actualidad su ampliación progresiva da respuesta a la mayoría de la población.

✓ El modelo de sistemas públicos, inspirado en el informe Beveridge de 1942, formaliza la organización adoptada por Suecia en la década de 1930.

En este modelo la financiación es completamente pública a través de impuestos y mediante los presupuestos estatales. La prestación se da, al igual que ocurre en el Modelo Socialista, en condiciones de universalidad, equidad, gratuidad y libertad de acceso de toda la población.

Si bien la planificación y la salud pública son responsabilidades del Estado, desde el control parlamentario, la descentralización territorial ha trasladado la gestión y responsabilidad a las comunidades territoriales y municipios. Los medios de producción son estatales aunque existe una parte del sector privado en la que los ciudadanos participan en el pago.



Este modelo es el que dio origen al SNS en diferentes países de la zona mediterránea y otros nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal, España y Reino Unido). De éstos, tres de los llamados “mediterráneos” (España, Italia, Portugal), aunque tienen Sistemas Nacionales de Salud, siguen manteniendo una cuota obligatoria en los trabajadores para financiar en parte el Sistema Nacional y este sistema público convive con la presencia de empresas privadas que prestan asistencia, algunas veces, en régimen de concertación con el Sistema Nacional.

Un aspecto negativo de los modelos mixtos es el alto coste económico de las prestaciones sanitarias (con especial mención al gasto farmacéutico y resto de tratamientos). Esto hace que, para no poner en riesgo la viabilidad económica, sea necesario introducir medidas que mejoren la gestión de las prestaciones de cara a optimizar recursos. Se deberían introducir nuevos debates sobre el concierto con la empresa privada, diferentes formas de provisión de servicios o el de los propios límites del sistema refiriéndose a las prestaciones, aspecto este siempre polémico y sujeto a instrumentalización del discurso.

Concluyendo, podemos afirmar que la instauración y evolución de los modernos sistemas de salud han ejercido una decisiva influencia en la mejora de la salud de la mayoría de la población mundial durante los dos últimos siglos. Han actuado de manera global sobre amenazas de enfermedades que hasta entonces eran potencialmente mortales, como la viruela, malaria, sarampión o poliomielitis. Además, han influido sobre la tasa de mortalidad de lactantes, niños y madres en el parto elevando la esperanza de vida de las personas.

### **1.3.2. EL MODELO DE SALUD OMS O EUROPEO.**

La Unión Europea (en adelante UE), marco geográfico donde sitúo el acercamiento a los sistemas de salud, es un contexto que ha ido ampliando

su territorio y que en 2014, en la llamada Europa de los 28 contaba con 507.416.607 millones de habitantes, aportando España 46.507.760 (9,2%) lo que la situaba en la sexta posición por detrás de Alemania que encabezaba la lista, seguida de Turquía, Francia, Reino Unido e Italia (11,8%) (Eurostat, 2015).

La UE, desde las fichas técnicas del Parlamento, sitúa sus orígenes en 1951 con la fundación de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (CECA) creada por los 6 estados fundadores Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Luxemburgo y los Países Bajos. Desde entonces ha ido ampliando esta comunidad de países hasta conformar su actual perfil de 28 estados miembros, habiéndose producido la última ampliación, la octava de su historia, en 2013 donde Croacia pasó a formar parte de la UE. En el momento de cerrar la tesis estamos pendiente de la salida del Reino Unido de la UE.

En el contexto de la UE, especialmente hasta la composición de la primera ampliación posterior al Tratado de Maastricht, en la denominada Europa de los 15, existe una tradición fuertemente arraigada de derecho universal a la atención sanitaria básica que preside los modos de organización de los sistemas sanitarios sea cual fuere el modelo adoptado. Esta tradición se ha convertido en objetivo prioritario y, desde su política sanitaria, complementa las políticas nacionales para garantizar que todas las personas que viven en su territorio tengan acceso a una asistencia sanitaria de calidad.

En la Carta Social Europea elaborada el 18 de octubre de 1961 en Turín, en su artículo 13, se señala el Derecho a la asistencia social y médica. El artículo 12 aborda el Derecho a la Seguridad Social desde el compromiso que establecen los países para constituir o mantener un régimen de Seguridad Social y hacerlo en un nivel satisfactorio, al igual que señala el compromiso que debe existir para aumentar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.

Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que entró en vigor el 3 de enero de 1976, recoge en su artículo

número 12, el reconocimiento al derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y pone como meta la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

También, en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (2000), con las rectificaciones que aporta desde su entrada en vigor el Tratado de Lisboa, el día 1 de diciembre de 2009, refiere que toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana (artículo 35).

Ahondando un poco más en el plano legislativo, el Tratado de Funcionamiento de la UE (2008) define, en su art. 4. 2 f), la competencia compartida entre la Unión y los Estados miembros en materia de salud pública. En su art. 6 a) subraya como competencia de la UE apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros, la materia de la protección y mejora de la salud humana.

Los principales objetivos de la política sanitaria de la UE (2014) son:

- ✓ Prevenir enfermedades.
- ✓ Promover estilos de vida saludables.
- ✓ Promover el bienestar.
- ✓ Proteger a los ciudadanos de las amenazas transfronterizas graves para la salud.
- ✓ Mejorar el acceso a la asistencia sanitaria.
- ✓ Promover la información y la educación sanitarias.
- ✓ Mejorar la seguridad de los pacientes.
- ✓ Apoyar unos sistemas sanitarios dinámicos y las nuevas tecnologías.
- ✓ Fijar unos niveles elevados de calidad y seguridad para los órganos y sustancias de origen humano.

✓ Garantizar un elevado nivel de calidad, seguridad y eficacia en los medicamentos y productos de uso sanitario.

La UE expone 3 derechos, a modo de resumen, para los ciudadanos de la Unión (UE, 2014):

1. El derecho a recibir la atención sanitaria necesaria en cualquier país de la UE.
2. El derecho a poder optar por una atención sanitaria planificada en otro país de la UE y ser reembolsado por ello, total o parcialmente, dependiendo de las circunstancias, al regresar a su país.
3. Y por último, relacionado especialmente con la salud pública, el derecho a disfrutar de algunas de las normas en materia de seguridad alimentaria más estrictas en el mundo

Más adelante, cuando hable del marco legislativo europeo, profundizaré en estos conceptos.

Como se puede observar, las políticas europeas de protección de la salud contemplan el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias como un derecho humano fundamental y universal que debe aplicarse a todas las categorías de población que sean ciudadanos europeos. El debate está en la prestación de esta atención a aquellas personas que, bajo la categoría de inmigrantes, refugiados o personas desplazadas, se encuentran en cualquier país de la UE.

Centrándome de nuevo en el aspecto de los sistemas sanitarios del entorno europeo, como ya señalé anteriormente, la mayoría de sus países se configuran siguiendo dos grandes modelos. Uno en torno a sistemas de seguridad social financiados por cotizaciones sociales obligatorias (modelo Bismarck) y otro basado en sistemas nacionales de salud financiados a través

de los impuestos (modelo Beveridge), aunque en ambos casos concurre la financiación pública.

Voy a detallar, siguiendo el patrón de la UE-15, la situación de los mismos, utilizando el parámetro dado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en su informe: “Los Sistemas Sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013”.

En la UE-15 7 países: Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Grecia, Luxemburgo y Países Bajos tienen un modelo en el que la principal fuente de financiación del sistema de seguridad social es la que proviene de las cuotas obligatorias pagadas por las empresas y los trabajadores.

Desde los fondos presupuestarios alimentados por los impuestos generales se financian las primas de los seguros que dan servicio a los sectores desfavorecidos y sin cobertura o ciertos tipos de asistencia básica pública, como las vacunaciones o los servicios de salud maternos.

Tabla 1

*Sistemas sanitarios en Europa: Sistema de Seguros Sociales - El modelo mutualista o de "Bismarck".*

Financiados por cuotas obligatorias pagadas por empresarios y trabajadores o a través de los impuestos.
Los recursos financieros van a parar a los “fondos” que son entidades no gubernamentales reguladas por ley y que gestionan estos recursos.
Los “fondos” contratan hospitales, médicos de familia, etc. para que provean los servicios a los asegurados mediante contratos basados en un presupuesto o mediante pago por acto.
Alemania
Austria
Bélgica
Francia
Grecia
Luxemburgo
Países Bajos

Nota: Recuperado de Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España 2014 y OMS.

Tabla 2

*Resumen de Sistemas Sanitarios en Europa: Servicio Nacional de Salud-El modelo de sistemas públicos o de “Beveridge”.*

Financiación a través de impuestos	Presupuestos del Estado
Acceso universal	Médicos asalariados o por capitación
Control gubernamental	Cierto sector privado
Principal gestión del Estado	Algunos copagos por parte de usuarios
Dinamarca	
España	
Finlandia	
Irlanda	
Italia	
Portugal	
Reino Unido	
Suecia	

Nota: Recuperado de Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España 2014.

Como he detallado anteriormente, la gratuidad completa no existe en este modelo existiendo la realidad del copago en todos los países de la UE-15. Todos tienen diferentes modelos de copago, especialmente para la adquisición de medicamentos administrados en atención ambulatoria. Aún así, en los sistemas de copago europeo está generalizado el uso de mecanismos de protección de los colectivos que se encuentran en situación de exclusión o vulnerabilidad social garantizando su atención y la promoción de objetivos de salud pública.

Reseñar que en 3 de los países que se rigen por el modelo de Sistemas Públicos, Dinamarca, España y Reino Unido, tienen establecido el acceso gratuito, sin ningún copago, a las consultas de Atención Primaria y ambulatorias de Atención Especializada, a los ingresos hospitalarios y también en el acceso a los servicios de urgencias.

La encuesta sobre la renta y las condiciones de vida en la UE (EU-SILC) (Eurostat, 2013) muestra como la percepción de su estado de salud general por parte de la mayoría de la población de la UE es positiva (Tabla 3). Destaca que los países con una mayor valoración positiva son aquellos, con la excepción de Portugal, que se encuentran dentro del modelo de sistemas públicos. En esta excepción creo interesante tener en cuenta que en Portugal se da el copago en la prestación de servicios de atención primaria, atención especializada ambulatoria y urgencias.

Otro dato que me parece de interés es que, es en los países que aplican el modelo de sistemas públicos, es donde se produce una mayor lista de espera, siendo este un indicador de preocupación política (Tabla 5).

Tabla 3

*Estado de salud percibido por la población (%).*

	<b>Total valoración positiva</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy buena</b>
Irlanda	82,6	40,1	42,5
Suecia	79,9	41,4	38,5
Reino Unido	77,5	42,0	35,5
Grecia	76,4	25,8	50,6
Países Bajos	76,3	55,2	21,1
Chipre	76,2	29,0	47,2
<b>España</b>	<b>75,1</b>	<b>53,6</b>	<b>21,5</b>
Bélgica	73,5	43,9	29,6
Luxemburgo	72,5	46,5	26,0
Dinamarca	70,8	42,8	28,0
Malta	70,8	47,1	23,7
Austria	69,4	38,2	31,2
Rumanía	69,4	42,2	27,2
Finlandia	68,9	47,3	21,6
Francia	67,6	45,0	22,6
Bulgaria	67,1	50,1	17,0
Alemania	64,8	48,2	16,6
Italia	64,7	51,6	13,1
Eslovaquia	63,2	44,1	19,1
Eslovenia	60,4	41,8	18,6
República Checa	59,5	40,5	19,0
Polonia	57,6	39,7	17,9
Hungría	55,9	39,9	16,0
Estonia	51,8	44,0	7,8
Portugal	49,7	40,3	9,4
Letonia	46,8	42,7	4,1
Lituania	45,6	38,7	6,9
Croacia	45,0	29,6	15,4

Nota: Recuperado de Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España 2014.



Tabla 4

*Population change-Demographic balance and crude rates at national level demo\_gind.*

GEO/TIME	2014
European Economic Area (EU-28 plus IS, LI, NO)	512.888.463
European Economic Area (EU-27 plus IS, LI, NO)	508.641.763
European Union (28 countries)	507.416.607
European Union (27 countries)	503.169.907
Euro area (18 countries)	334.570.678
Euro area (17 countries)	332.569.210
Euro area (16 countries)	331.253.391
Germany (until 1990 former territory of the FRG)	80.780.000
Germany (including former GDR)	80.780.000
Turkey	76.667.864
France	65.856.609
United Kingdom	64.308.261
France (metropolitan)	63.928.608
Italy	60.782.668
Spain	46.507.760
Ukraine	45.245.894
Poland	38.495.659
Romania	19.942.642
Netherlands	16.829.289
European Free Trade Association	13.608.545
Belgium	11.203.992
Greece	10.992.589
Czech Republic	10.512.419
Portugal	10.427.301
Hungary	9.879.000
Sweden	9.644.864
Azerbaijan	9.477.119
Austria	8.507.786
Switzerland	8.136.689
Bulgaria	7.245.677
Serbia	7.146.759
Denmark	5.627.235
Finland	5.451.270
Slovakia	5.415.949

Norway	5.109.056
Ireland	4.604.029
Georgia	4.490.500
Croatia	4.246.700
Bosnia and Herzegovina	3.830.911
Moldova	3.557.634
Armenia	3.017.079
Lithuania	2.943.472
Albania	2.895.947
Former Yugoslav Republic of Macedonia, the	2.065.769
Slovenia	2.061.085
Latvia	2.001.468
Estonia	1.315.819
Cyprus	858.000
Montenegro	624.335
Luxembourg	549.680
Malta	425.384
Iceland	325.671
Liechtenstein	37.129
Andorra	:
Belarus	:
Kosovo (under United Nations Security Council Resolution 1244/99)	:
Monaco	:
Russia	:
San Marino	:
Last update	13.08.14
Extracted on	18.02.15
Source of data	Eurostat

Nota: Recuperado de Eurostat (2014).

Tabla 5

Resumen de las principales características de los sistemas sanitarios de la UE-15.

	Tipo Sistema	Cartera de servicios definida a nivel central	Modo de provisión predom. en AP	% de Provisión pública en Hospitales	Libertad elección médico AP	Filtro para acceso a especialistas	Listas de espera como problema político
Dinamarca	SNS	NO	Privada	97	Limitado	SI	SI
<b>España</b>	<b>SNS</b>	<b>SI (positiva)</b>	<b>Pública</b>	<b>75</b>	<b>Limitado</b>	<b>SI</b>	<b>SI</b>
Finlandia	SNS	NO	Pública	89	Limitado	SI	SI
Irlanda	SNS	NO	Privada	100	SI	Parcialmente	SI
Italia	SNS	SI (positiva)	Pública	81	SI	SI	SI
Portugal	SNS	NO	Pública	86	Limitado	SI	SI
Reino Unido	SNS	SI (negativa)	Privada	96	SI	SI	SI
Suecia	SNS	NO	Pública	98	Limitado	NO	SI
Alemania	SSS	SI (negativa)	Privada	49	SI	SI	NO
Austria	SSS	NO	Privada	72	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Bélgica	SSS	SI (positiva)	Privada	34	SI (incentivos para no cambiar)	NO	NO
Francia	SSS	SI (positiva)	Privada	66	SI	NO	NO
Grecia	SSS	NO	Pública	69	SI (incentivos para no cambiar)	NO	SI
Luxemburgo	SSS	SI (positiva)	Privada	68	SI	NO	NO
Países Bajos	SSS	SI (positiva)	Privada	0	SI	SI	SI
<b>Observaciones:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sistema Nacional de Salud <input type="checkbox"/> Sistema de Seguros Sociales							

Nota: Recuperado de Health in Transition (OMS). OECD Health Working Papers No. 50: Health Systems Institutional Characteristics: a survey of 29 OECD countries. Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre documentos de Organismos Internacionales: O.M.S. y O.C.D.E. y publicaciones nacionales e internacionales.

Tabla 6

*Copago de los pacientes en la UE-15.*

	Atención primaria	Atención especializada Ambulatoria	Ingreso hospital	Urgencias	Fármacos con receta
Dinamarca	NO	NO	NO	NO	SI
<b>España</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>
Finlandia	SI	SI	SI	SI	SI
Irlanda	SI	SI	SI	SI	SI
Italia	No	SI	NO	SI	SI
Portugal	SI	SI	NO	SI	SI
Reino Unido	NO	NO	NO	NO	SI
Suecia	SI	SI	SI	SI	SI
Alemania	NO	NO	SI	SI	SI
Austria	SI	SI	SI	SI	SI
Bélgica	SI	SI	SI	SI	SI
Francia	SI	SI	SI	SI	SI
Grecia	No	Si	SI	SI	SI
Luxemburgo	SI	SI	SI	NO	SI
Países Bajos	SI	SI	SI	SI	SI

**Observaciones:**

☒ Sistema de Servicio Nacional de Salud

☐ Sistema de Seguros Sociales

Nota: Recuperado de Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, sobre documentos de Organismos Internacionales: OMS y OCDE. y publicaciones nacionales e internacionales.

Concluyendo: esta apuesta por la unión de naciones para lograr objetivos comunes, en un primer momento el de conseguir la paz, que es la UE es parte del camino pensado por intelectuales como el abate Saint Pierre o Emmanuel Kant en su obra “La paz duradera” (Muñoz y López 2004). En relación a la salud como concepto común europeo, las primeras iniciativas para plasmar, de manera real, este deseo se sitúan en 1863, cuando se fundó el Comité Internacional de la Cruz Roja, y en 1919, cuando se crea la Sociedad de Naciones, después de la I Guerra Mundial.

Hoy en día, y con un importante camino por delante, hablamos del bienestar común, de la economía, de medidas de protección social y, sobre todo, de la salud como un logro común pero también como un reto para el que es necesario mantener la integración de la UE desde una base de cesiones de las soberanías.

## **CAPÍTULO 2. LA SALUD EN EL MODELO DEL ESTADO DE BIENESTAR EN ESPAÑA.**

### **2.1. CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA FORMA DE RELACIÓN ESTADO-INDIVIDUO, INDIVIDUO-ESTADO.**

Como hemos visto, la salud y la enfermedad son aspectos que han preocupado al ser humano y que éste ha abordado desde diferentes ámbitos a lo largo de la historia. Desde orientaciones ligadas a las creencias mágicas o religiosas hasta posturas científicas. Desde su contemplación como algo que le ocurre al individuo hasta planteamientos que engloban a la sociedad en su conjunto. Desde algo que tiene que afrontar y proveerse el individuo a plantear la salud como un derecho del ciudadano y, por lo tanto, ser el Estado quien tiene la obligación de proveer servicios y de velar por la salud a nivel general. Ésta última orientación está contemplada en la esencia de los denominados Estados Sociales y de Derecho.

La evolución al Estado Social y de Derecho tiene como antecedente al propio Estado de Derecho, que surge como respuesta al Estado Absolutista. En éste último se daba la ausencia de libertades, la concentración del poder y la ausencia de control y, en consecuencia, de responsabilidad sobre los titulares de los órganos del poder. Posteriormente se impulsa lo que se ha entendido como el constitucionalismo que tiene una importante reflejo en la Constitución francesa de 1791 que, en su artículo 16, contempla lo que sería la base del constitucionalismo liberal: “Toda sociedad en la cual la garantía de los derechos no esté asegurada, ni se adopte la separación de poderes, carece de Constitución”.

Es a partir del segundo cuarto del siglo XX, donde se consagra el Estado de Derecho (García-Pelayo, 1987). Se configura, originalmente, como un régimen de garantía de los derechos individuales, la libertad y sobre todo la

propiedad, que se proclaman como universales, aunque en realidad no llega al conjunto de la población, sobre todo de las clases más desfavorecidas.

Si el Estado de Derecho surge como contrapunto al absolutismo, en el siglo XX aparece como política de gobierno antagonista el totalitarismo. Con ésta forma de gobierno surge la necesidad de que el Estado de Derecho tenga que articular medidas que impidan la expansión totalitaria del Estado (Zippelius, 1987). No olvidemos que el totalitarismo procuró legitimarse a través de instrumentos jurídicos, a excepción del comunismo del siglo XX y del corporativismo, que desarrollaron un aparato formalmente constitucional. El Fascismo de Mussolini o el Partido Nazi de Hitler se legitimaron así. Este último gobernó esencialmente apoyado por la Ley de Autorización de 1933, que le facultaba para legislar a su arbitrio. Con fundamento en esa delegación parlamentaria activó la supresión de libertades individuales y públicas, incluyendo la proscripción de partidos, de órganos deliberativos y de libertades tales como las de tránsito, reunión y expresión y expidió, entre otras, las leyes racistas de Nuremberg de 1935.

Actualmente esta situación se sigue dando en países latinoamericanos donde, desde un modelo autoritario del socialismo del siglo XXI, desarrolla opciones que llevan a gobiernos a perpetuarse en el poder aunque para ello tengan que romper el régimen legal vigente y reemplazarlo por normas ajustadas a su objetivo lo que resulta una violación del Estado de Derecho.

Por otro lado, si el Estado de Derecho surgía como oposición al absolutismo, el Estado Social es una respuesta al constitucionalismo liberal que dominaba en el siglo XX. El Estado de Derecho se construía y estructuraba desde el derecho a la libertad, propiedad, seguridad jurídica e igualdad y, como conclusión, el derecho de asociación, sufragio y libertad de conciencia.

El Estado o Constitucionalismo Social, sin pretensión de atentar o abolir los derechos individuales, propugna la creación de políticas sociales que garanticen y aseguren el “bienestar” de los ciudadanos sobre todo en la esfera

de la sanidad, educación y, en general, todo el ámbito de la protección y seguridad social.

El Constitucionalismo Social, que posteriormente da origen al Estado de Bienestar, tiene sus referentes en dos momentos de la historia que casi coinciden en el tiempo pero no en el espacio geográfico: La carta de Querétaro de 1917 y la Constitución alemana de Weimar de 1919.

Ambas tienen una importante influencia en el posterior desarrollo de diferentes iniciativas políticas sociales en los países de su entorno. La carta de Querétaro, en los países de la América Latina, tuvo especial resonancia debido al interés que mostraba sobre todo por las tensiones existentes en las sociedades rurales. La de Weimar tuvo una gran influencia en Europa donde el gran desarrollo de las sociedades industriales era el caldo de cultivo para un aumento en las presiones obreras que encontraban su fuente de inspiración en el poderoso movimiento político, social y económico que fue la revolución soviética de 1917 (Aguilera de Prat, 2005).

La Constitución de Weimar propugnaba reivindicaciones y daba prevalencia a los derechos sociales y colectivos que incidían sobre el ajuste y control en las jornadas de trabajo. Promovía un salario justo y llegaba a estipularse la cantidad mínima que se debía ofrecer como retribución económica, dio marco legal a los tipos de contrato de trabajo que podían darse y recogía y regulaba el derecho a la huelga. También regulaba beneficios sociales, seguros de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, entre otros aspectos. Sus bases fundamentales se encuentran en la Justicia Social, en el Pacto Social y en la capacidad del Estado para intervenir, de manera activa, en la Económica (Constitución del Imperio (Reich) Alemán, de 11 de agosto de 1919).

Después de la Segunda Guerra Mundial los Estados tienen que realizar una apuesta por perspectivas que superasen la visión política liberal del Estado, integrando a los ciudadanos en el ejercicio democrático garantizado mediante la supremacía de la Constitución. Con ello se abría la posibilidad de



poder ofertar a la sociedad diferentes contraprestaciones, no solo en derechos sociales, sino en una larga serie de garantías tales como servicios públicos de acceso universal que debían permitir que los derechos pudieran ser efectivos para todos.

A partir de aquí surge el Estado Social que comporta una transformación de la democracia y del Estado de Derecho. Supera la separación que el liberalismo trazaba entre Estado y sociedad, potenciando las capacidades del Estado para poder intervenir desde el control de los procesos económicos y poder obtener los recursos necesarios para sostener su acción social estableciéndose, así, mayor intervencionismo público en el sistema socioeconómico (Gómez, 1995).

Como consecuencia de esta situación jurídica, en el plano político se va configurando el denominado “*Welfare State*” (Estado Benefactor). El Estado de Bienestar surge en la segunda mitad del siglo XX, y se fundamenta en la creación y desarrollo de los siguientes cuatro pilares básicos:

- ✓ Un sistema de pensiones y prestaciones económicas (por ejemplo subsidios de desempleo o vejez).
- ✓ Salud: garantizando el acceso a un sistema de salud universal y gratuito.
- ✓ Educación: garantizando el acceso al conocimiento de todos los ciudadanos.
- ✓ Servicios Sociales: garantizando el acceso universal, gratuito y descentralizado.

Como vemos, la característica principal es el papel que juega el Estado en la protección y promoción de los ciudadanos para conseguir un mayor bienestar económico y social a través de la construcción de unas nuevas relaciones recíprocas de compromiso. La relación de Estado-Individuo genera la creación de sistemas que dan respuestas a la ayuda y protección social de los ciudadanos. También origina una relación que conlleva obligaciones Individuo-Estado, comprometiéndose el individuo a un comportamiento social

que incluye el pago de impuestos y cuotas sociales para el sostenimiento de los modelos de Seguridad Social (López Jiménez, 2011).

El Estado, por su parte, no ostenta solamente una función reguladora sino que también tiene el poder de gestionar y distribuir servicios y recursos. La consecuencia inmediata es la extensión de las políticas públicas desde los pilares mencionados anteriormente (Educación, Sanidad, Seguridad Social y Servicios Sociales) a otros ámbitos de intervención como son el laboral y el económico, ambos imprescindibles para generar reformas en los anteriores.

También se desarrollan estas políticas hacia otras áreas como el urbanismo y la vivienda y, desde la última década del siglo XX, se enfatizaron los derechos culturales. Éstos tienen especial importancia, no solo por ser un nivel más en el logro del bienestar social, sino porque son derechos colectivos que también van a influir, directamente, en los derechos relacionados con la salud y con la protección social.

Entre los más relevantes están los Derechos Humanos (Naciones Unidas, 1948) y, a la luz de estos, el espectro se hace más amplio. Algunos tienen especial interés desde el prisma de la salud y en concreto con el papel del Trabajo Social como son el derecho a la no discriminación, a la migración (y, complementando a este, el derecho de la diversidad lingüística, cultural y étnica), el derecho a la información, al ocio y al deporte, a la seguridad en el consumo, a la intimidad y también, aspecto éste de interés especial en el campo de la ética profesional, el derecho a la objeción de conciencia.

Otros avances han tenido relación con los denominados derechos de tercera generación que se dirigen a potenciar el progreso social y elevar el nivel de vida, asociados a valores como puede ser el de la solidaridad. Normalmente se incluyen en ella derechos tan heterogéneos como el derecho a la protección del medio ambiente, a la paz, a la calidad de vida o a las garantías frente a la manipulación genética, ya que todos ellos son una manifestación ante nuevas amenazas a los derechos de primera generación.

La existencia de varios modelos de bienestar es un hecho en el seno de la UE ya que cada país organiza sus políticas sociales de manera distinta y existe una gran diversidad de líneas de intervención por parte del Estado, evidenciando sus características históricas y sociales. La doctrina europea ha concluido que existen cuatro modelos de Estado de Bienestar.

En primer lugar el Modelo Anglosajón o Liberal vigente en el Reino Unido e Irlanda, caracterizado por garantizar un nivel de vida mínimo a la población. Esping-Andersen (1993) señala: “En este modelo, el progreso de la reforma social ha sido circunscrito rigurosamente por las normas tradicionales y liberales de la ética del trabajo: aquí los límites de la protección social igualan a la propensión marginal a optar por la ayuda social en vez del trabajo. Por consiguiente, las reglas para estos derechos son estrictas y a menudo están asociadas a un estigma: los subsidios, por lo general, son modestos”.

En segundo lugar está el Modelo Continental aplicado a los países del centro de Europa como son Francia, Luxemburgo, Alemania, Austria y Bélgica. Algunos autores consideran que España e Italia también cuentan con modelos similares a éste. Esping-Andersen denomina a este modelo como “Modelo conservador o corporativista” el cual está basado en una alta presión fiscal, un alto gasto social, se limita al mercado, gira en torno a la familia y el papel del Estado es subsidiario.

En tercer lugar, está el Modelo Nórdico vigente en Finlandia, Islandia, Suecia y Dinamarca y, fuera de la UE, en Noruega y Holanda, según Esping-Andersen. Este autor lo denomina como un sistema socialdemócrata caracterizado por ser un modelo que parte del objetivo de aumentar las tasas de fecundidad, natalidad y actividad, conciliando la vida laboral con la personal a través de las políticas sociales y con la intención de favorecer la incorporación de la mujer en el mercado de trabajo. Se invierte mucho dinero en gasto público social, ya que entiende la seguridad social como un derecho del ciudadano y del que el Estado es consciente, y admite su importancia en el suministro de bienes y servicios sociales.

A pesar de todo, Europa no se cierra solo a lo expuesto anteriormente. Debido al alto grado de heterogeneidad y dinamismo de los regímenes sociales queda espacio para nuevos modelos, desarrollados a causa de la interacción entre factores geopolíticos, económicos, culturales y sociológicos. Los más destacados son el Modelo Mediterráneo y los del Estado de Bienestar en la Europa del Este.

Y por último, el Modelo Mediterráneo vigente en España, Portugal, Italia y Grecia. Aunque como se ha dicho anteriormente, España e Italia también pueden considerarse dentro del Modelo Corporativista propio de Europa Central, y es que ambos modelos tienen en común el papel central de la familia en el suministro de bienestar. Como afirma Moreno (2002), es típico del Modelo Mediterráneo la existencia de “supermujeres”, entendiendo como tales, aquellas mujeres que cargan con el peso de la sociedad, asumen las tareas de la casa, el ser madre y cuidadora, al mismo tiempo que el trabajo fuera de la casa.

El Estado de Bienestar en Europa del Este está marcado por múltiples factores históricos de la transición, donde el comunismo es el principal protagonista. El Estado de Bienestar se establece en estos países en los años 90 y su efecto es un Estado de Bienestar sin modelo propio, el cual está basado en modelos tradicionales de la UE.

Tabla 7

*Tipología de modelos sociales europeos.*

Tipología de los distintos modelos <i>sociales europeos</i>		EFICIENCIA	
		Elevada	Baja
EQUIDAD	Elevada	Nórdico	Continental
	Baja	Anglosajón	Mediterráneo

Nota: Recuperado de Sapir (2005).

En la Tabla 7 se muestra, en función de la eficiencia (capacidad para generar trabajo y altas tasas de empleo) y la equidad (capacidad para reducir desequilibrios en el reparto de la riqueza), las diferencias entre los distintos Modelos. El Modelo Nórdico es el ideal ya que presenta los factores equidad y eficiencia a un nivel alto, mientras que el Modelo Mediterráneo, es el modelo a evitar porque tiene ambos factores a nivel bajo y por tanto su nivel de sostenibilidad tendrá problemas. Tanto el Modelo Anglosajón como el Modelo Continental se encuentran en posición intermedia. Con el fin de profundizar en esta idea es importante conocer más a fondo el Modelo Mediterráneo de Estado de Bienestar y, en concreto, su desarrollo en España. Para ello abordaré el estudio de su evolución a lo largo del tiempo desde los distintos niveles básicos o pilares fundamentales que lo sustentan.

En resumen, el concepto de Estado social y democrático de Derecho ha supuesto un esfuerzo de síntesis y hoy forma un concepto indivisible que pone en interacción el objetivo social del Estado, la concepción democrática del poder y la sumisión de los conceptos anteriores a la disciplina del Derecho (García-Pelayo, 1987). Esto nos sitúa en un punto de vista donde el individuo y la sociedad no son dos categorías aisladas y contradictorias, sino que están unidas de manera indivisible en una relación constante y dinámica que se fundamenta en el compromiso mutuo.

## **2.2. ESPAÑA: EL ESTADO SOCIAL, DEMOCRÁTICO Y DE DERECHO COMO MARCO Y RETO EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

La Constitución Española de 1978 (en adelante CE) recoge el concepto de Estado Social en un momento donde existía un cierto receso del modelo y se empezaba a hablar de la crisis del mismo debido a las convulsiones económicas de 1973. Dentro del Título Preliminar, en el Artículo 1.1 de la citada Constitución, se establece que “España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político”. Por primera vez se utiliza la formulación en la que se contemplan los aspectos

social, democrático y de derecho. La inspiración, como veíamos en el apartado anterior, procede, entre otros textos legislativos, de la Ley Fundamental de la República Federal de Alemania de 1949, en sus artículos 20 y 28, que desarrollan estos conceptos (García-Pelayo, 1987).

Voy a diseccionar, brevemente, el todo en sus partes para analizar estos tres conceptos y entender la presencia e importancia de lo “social” en relación a la salud. Así el postulado del Estado de Derecho, además de contemplar los preceptos que vinculan tanto a los ciudadanos como a los poderes públicos al ordenamiento jurídico, garantiza los derechos fundamentales y, a su vez, delimita la zona de actuación del Estado.

El principio democrático desarrolla aspectos relacionados con la soberanía nacional y el pluralismo político, rechazando cualquier discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (art. 14 CE). Así mismo da entrada, entre otros temas, a la participación de los ciudadanos en los asuntos públicos, directamente o por medio de representantes, y al derecho de igualdad ante la ley, ya que, no olvidemos, es un “Estado de partidos”.

Finalmente, el concepto de Estado Social tiene su principal referencia, como hemos citado antes, en la Ley Fundamental de Bonn, que es la primera Constitución que lo consagra. El Estado Social, frente a las características de los Estados Liberales, adopta una posición activa, más intervencionista, que genera un Estado que no es solamente regulador sino que desarrolla características relacionadas con la gestión y la redistribución.

Los tradicionales campos de la Educación, la Sanidad, la Seguridad Social y los Servicios Sociales potencian la extensión de su desarrollo político teniendo un especial impulso la protección de los ciudadanos más desfavorecidos. Las políticas públicas también intervienen en el mundo laboral, económico o en el urbanismo y la vivienda, el medio ambiente, la cultura y los medios de comunicación social. Aunque se establece en el citado art. 1.1., se despliega y concreta a lo largo del texto constitucional en el art. 9.2 de la CE:

"Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social".

Posteriormente, se define en diferentes artículos del texto constitucional y se amplía a otras franjas sociales desprotegidas. Como ejemplos, la protección social, económica y jurídica de la familia se abordan en el art. 39 de la CE, la protección de los niños en el art. 39.4, la de los emigrantes en el art. 42 o el artículo 49, donde el Estado se compromete a realizar “una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos”.

Aunque la responsabilidad de los poderes públicos de mantener y garantizar “la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad” (CE, 1978) en un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos aparece en el artículo 41 de la CE, la protección y tutela de la salud se desarrolla, de manera específica, en el artículo 43. Es en éste donde se reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Señalar que en este artículo se aborda, también, en su apartado tercero, además de la educación sanitaria, el fomento del deporte y el ocio, ampliando así el marco biológico de la salud.

Las competencias en materia de salud también aparecen atribuidas a las Comunidades Autónomas (en adelante CCAA) quienes tienen la potestad de asumir el desarrollo de ésta. El Estado asume principalmente la legislación que existe sobre los productos farmacéuticos, la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad exterior.

## **2.3. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: RECORRIDO HISTÓRICO Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

### **2.3.1. RECORRIDO HISTÓRICO.**

Comenzaré por acotar el concepto de Sistema Sanitario utilizando varias aportaciones que brinda la OMS: “Un Sistema de Salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud... necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales... tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero ... El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias...El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.” (OMS, 2005).

Como hemos visto anteriormente los Sistemas Sanitarios de Salud surgen para dar respuesta a necesidades de salud y en función de su actividad alcanzarán unos determinados resultados que satisfagan esas necesidades. Para ello es necesario disponer de una serie de recursos estructurales, unos evidentes como pueden ser las infraestructuras o personal necesarios para que se produzca una efectiva atención de calidad, y otros no materiales como el conocimiento necesario para que se preste esta atención y que a su vez genere nuevo conocimiento. La planificación y gestión de estos recursos, así como la delimitación del marco legal y normativo en el que se sitúan y la forma en que se emplean para la prestación efectiva de servicios a la población, son otros elementos esenciales que intentaré analizar esquemáticamente.



Comenzaré por la parte más obvia: el modelo de sostenimiento o de aportación de recursos económicos que hace viable el mantenimiento de esta estructura compleja. Después realizaré un breve recorrido por el marco histórico legal y organizativo que ha perfilado nuestro sistema actual.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales, y el español no es una excepción, comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Siguiendo la clasificación, según el tipo de financiación, en España tenemos un modelo mixto. Como señalaba en el capítulo anterior, éste se basa en la separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios, siendo la primera principalmente pública y la segunda indistintamente pública y/o privada, pero garantizándose la ejecución de los servicios desde unos parámetros de calidad asistencial adecuada.

El Modelo de Sistema Nacional de Salud es un derecho tutelado por el Estado, quien ostenta el control del proceso de financiación y provisión de servicios. Esta financiación se realiza, mayoritariamente, mediante impuestos cimentados en una estructura de aportación solidaria (quien más tiene más aporta). El resto de los impuestos con que se sostiene la financiación pueden proceder de otros impuestos, como el del valor añadido, si bien, también se destinan algunos otros gravámenes como es el caso de los hidrocarburos, el alcohol, el tabaco o la electricidad. Como puntos fuertes destacaré haber alcanzado unas importantes tasas de cobertura (debido a su carácter universal y equidad) y alto nivel de satisfacción. Como puntos débiles o retos, el constante incremento del costo de la salud, la burocracia, la escasa libertad de elección y la demanda masiva de asistencia que supera las posibilidades del sistema y genera importantes listas de espera.

Como he señalado anteriormente, el Sistema de Salud español encuentra su fundamento jurídico, de manera especial, en los artículos 41 y 43 de la CE. En ambos se establece la responsabilidad de organizar y tutelar el régimen

público de Seguridad Social a los poderes públicos. Éstos deben atender a todos los ciudadanos y a la salud pública mediante medidas, prestaciones y servicios.

Hasta llegar a este contexto de certidumbre y seguridad jurídica, el proceso histórico de la protección de la salud ligada a la problemática sanitaria ha evolucionado durante casi dos siglos, desde las Cortes de Cádiz (1812) hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad (en adelante LGS) en abril de 1986 o el polémico Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto Ley 16/2012, de 20 abril).

El primer intento legislativo queda reflejado en la Constitución de 1812. Es un texto de corte liberal y democrático, la primera producción legislativa de inspiración democrática y progresista de la época (Fernández Sarasola, 2012) y que centraba su interés en la administración municipal dotándolo de unas normas que intentaban dar respuesta a los problemas derivados de las grandes epidemias y enfermedades contagiosas que sufrían. Esta iniciativa tuvo un corto recorrido ya que en 1814 se produce la derogación de toda la legislación de las Cortes de Cádiz.

En 1855 se elabora la primera Ley de Sanidad española y uno de los primeros textos legales europeos, ya que la Ley de Salud inglesa se había aprobado solamente siete años antes. Entre otras cosas, y como aspectos de interés para la futura intervención en este ámbito del Trabajo Social, esta ley y los posteriores decretos donde se desarrolla, recoge la asistencia gratuita a los pobres, regulariza el servicio de Higiene Pública y Medicina Legal y establece la vigilancia del ejercicio de la profesión o el impulso, por parte de la Comisión de Reformas Sociales, en 1883, de un estudio de cuestiones para la mejora y bienestar de la clase obrera.

Voy a considerar dos fechas claves en la historia de la Sanidad Pública en España, 1900 y 1908. En 1900 nace la Ley de Accidentes de Trabajo, primer seguro social y punto de partida en la faceta de la política para la protección

social en España. Posteriormente, en 1908, se funda el Instituto Nacional de Previsión (en adelante INP). El INP fue considerado la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España. Responsable de compilar los sistemas de seguros existentes, iniciándose así el tránsito de concepto que iba desde la voluntariedad hacia la obligatoriedad de la cotización consolidando así un régimen igualitario. Como curiosidad comentar que el INP perdura hasta 1978.

Hay que entender estos dos momentos desde el contexto social y político que vivía España: el pesimismo y la decadencia tras el desastre de 1898 y los problemas que existían (pobreza, subdesarrollo, injusticia social, etc.), que son caldo de cultivo para afianzar el impulso en la creación y progreso de los movimientos sociales. Especialmente el nacimiento y desarrollo de las organizaciones sindicales obreras que impulsaron mejoras para el mundo obrero. Destacar entre ellas, de manera especial, a la Unión General de Trabajadores (UGT) y la Confederación Nacional del Trabajo (CNT). Los mecanismos de protección desembocan en una serie de seguros sociales, entre los que destacan el Retiro Obrero (1919), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1923), Seguro de Paro Forzoso (1931), y, posteriores a la Guerra Civil, el Seguro de Enfermedad (1942) y el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI) (1947) (Seguridad Social, 2014).

Con la Constitución de 1931 llega también el reconocimiento de diversos derechos sociales, especialmente en sus artículos 43 y 46 que, por primera vez, reconocían la obligación del Estado de intervenir para asegurar su garantía y cumplimiento.

Tras el período comprendido entre 1936 y 1939, donde acontece la Guerra Civil española, como es lógico, cualquier avance queda paralizado. Ya en período avanzado de posguerra, en 1942, se aprueba el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), implantándose en 1944. Esta ley, inspirada en el modelo bismarckiano, creaba la figura del beneficiario. El SOE era financiado por trabajadores y empresarios, responsables de la producción de bienes y servicios, en base a un sistema productivo. En 1963 aparece la Ley de Bases

de la Seguridad Social, cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación.

Es a partir de la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en 1974, cuando se homogeneiza el sistema de salud obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, vinculando la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de empresas y trabajadores. También consideraba beneficiarios los descendientes y personas dependientes de los afiliados. Este sistema generaba que, en casos de desempleo prolongado, falta de incorporación al mercado laboral o al cumplir una edad límite sin haberse emancipado plenamente del núcleo familiar, un número importante de personas quedaba excluido del sistema de protección.

En el año 1978 se promulga la Constitución Española. Con anterioridad a su promulgación, se aprobó el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de Noviembre, de gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo. Este Real Decreto (RD) pone fin al INP y da lugar a diferentes entidades gestoras:

- ✓ El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), encargado de gestionar y administrar las prestaciones de índole económica de la Seguridad Social.
- ✓ El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), responsable de dirigir los servicios sociales de tipo complementario y gestionar las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas.
- ✓ El Instituto Nacional de Salud (INSALUD) encargado de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la Seguridad Social.
- ✓ El Instituto Nacional de Empleo (INEM).
- ✓ La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).

Antes de la Constitución Española de 1978 existía una estructura fragmentada donde convivían diferentes redes asistenciales sin coordinación efectiva entre sí: la salud pública, el Mutualismo Laboral y la Beneficencia. Dentro de la propia estructura estatal, la atención a la salud se abordaba desde

distintos niveles administrativos como por ejemplo desde el nivel de la Diputaciones (Hospitales Provinciales), desde el ministerial (Ministerio de Educación y Hospitales Clínicos Universitarios) o desde el nivel estatal (Administración Institucional de la Sanidad Nacional - AISNA). A partir de la Constitución Española de 1978 todas estas redes formaran un único modelo, el Sistema Nacional de Salud.

En 1978, con el INSALUD, se concreta lo para que muchos es la aparición de la gestión sanitaria moderna (López Casanovas, 2004) que comportó la universalización de sus servicios a toda la población, e incluso a inmigrantes en situación irregular.

En 1986 se promulga la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública conocida como Ley General de Sanidad para dar respuesta a las previsiones constitucionales y establecer los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud. Su finalidad principal era, según su artículo 1, “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución”. Para esto desarrolla las siguientes acciones:

- ✓ Define un Sistema Nacional de Salud integrado por los servicios de salud de las CCAA y coordinado por el Estado.
- ✓ Universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública.

A pesar de que se universaliza el derecho a la asistencia sanitaria pública, los extranjeros de estados no pertenecientes a la UE se excluyen del acceso al servicio público de salud, salvo casos de urgencia, maternidad y menores de 18 años. Actualmente, con el Real Decreto ley 16/2012, se hace una aproximación al modelo alemán para restringir la cobertura universal.

Con la reforma de 2012, el ciudadano pasó de ser beneficiario de un derecho a ser asegurado. El 31 de marzo de 2015, según declaraciones del Ministro de Sanidad y del propio presidente del Gobierno (Agencia EFE, 2015), se suma una nueva excepción: el médico de familia. Esto permitirá, por ejemplo, que los enfermos crónicos, como diabéticos o hipertensos, puedan acudir al médico de familia para el control y seguimiento de su enfermedad y no acudan de urgencias solo cuando ya están muy graves, evitando además convertir el servicio de urgencias en una atención primaria encubierta y saturada, con lo que se desdibujaría su función principal.

Con esta propuesta los inmigrantes que se encuentran en España en situación irregular volverán a tener derecho a la atención primaria en el SNS, pero no recuperarán la tarjeta que les fue retirada con la aprobación de la reforma sanitaria en 2012. Este aspecto, a fecha de hoy, sigue incidiendo sobre la adquisición de medicamentos ya que suelen ser una población con graves carencias socioeconómicas.

Aquí es donde vuelvo a la importancia de los factores sociales en la salud y a preguntarme qué aportaría el Trabajo Social en estas situaciones.

A raíz de la LGS y hasta los años previos a la crisis financiera del año 2008, el SNS sufrió grandes reformas. Principalmente en lo referido al desarrollo del artículo 50 y 56 de la LGS, que promovían una profunda descentralización delegando las competencias sanitarias a las Consejerías de Sanidad de las CCAA y la constitución del marco territorial de la Atención Primaria de Salud. Además, en este período, en la mayoría de las CCAA, se incrementó el número de hospitales y camas hospitalarias gracias a los modelos de “Colaboración Público Privada” (CPP) o “*Public Private Partnership*” (PPP, según sus siglas en inglés) y a las denominadas “*Private Finantiation Iniciatives*” (PFI, según sus siglas en inglés). (Larios y Lomas, 2007).

Tras el hecho de la quiebra técnica de la Seguridad Social, en 1995, se firma el Pacto de Toledo. Éste determina que la financiación del Sistema Público de Salud correrá cargo de los impuestos y establece la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad, girando así el modelo sanitario hacia el modelo inglés. Además desvincula económica y jurídicamente la Sanidad y la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2008).

En medio de una situación de crisis se promulga el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este RD-Ley ha supuesto, según se interprete, el afianzamiento y sostenibilidad del sistema de salud actual, con unas medidas que han debilitado este mismo sistema. Esto ha generado mayores índices de desigualdad provocada por los recortes sanitarios que han traído medidas excluyentes (especialmente en la atención a inmigrantes) o el aumento del copago farmacéutico, aspecto que afecta a los sectores más frágiles de la sociedad.

Como se puede apreciar, el sistema sanitario español ha sufrido importantes transformaciones durante los dos últimos siglos. Las más relevantes son las acontecidas desde la instauración de la democracia con la Constitución de 1978. Hasta 1979 la estructura de salud pública se basaba en los servicios centrales y sus delegaciones provinciales, por un lado, y los recursos de sanidad local por otro, y, a raíz de la creación de un sistema único, se basó en el desarrollo de las CCAA y la universalización del derecho de la asistencia (Rico, Freire y Gervas, 2007).

A continuación resumo esta extensa transformación legislativa, que no es más que la plasmación de una evolución conceptual de lo que ha significado la salud dentro del campo sociopolítico.

Tabla 8

*Evolución histórico-legislativa de la Protección de la salud en España.*

1812	Constitución de 1812. Instrucción de 13 de junio de 1813.
1822	Código Sanitario Proyecto basado en una visión global de los problemas de salud.
1855	Elaboración de la Ley de Sanidad de 1855.
1908	Creación del Instituto Nacional de Previsión.
1919	Seguro de Retiro Obligatorio Obrero.
1923	Creación del subsidio por maternidad que contribuyó a los gastos del parto a favor de la trabajadora.
1934	Ley de Bases de Régimen Sanitario.
1942	Se aprueba el Seguro Obligatorio de Enfermedad, implantado en 1944 y financiado por trabajadores y empresarios.
1944	Aparece la Ley de Bases de la Sanidad Nacional.
1974	Aprobación de La Ley General de la Seguridad Social.
1978	Se aprueba la Constitución Española de 1978. Principios de universalidad, equidad, calidad y gratuidad (Real Decreto Ley de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud 16/2012).
1986	Se aprueba la Ley General de Sanidad.
1989	Se universaliza el derecho a la Asistencia Sanitaria Pública.
1995	Se firma el Pacto de Toledo y se consagra la financiación de la sanidad a cargo de los impuestos.
2002	Culminación de las transferencias sanitarias a CCAA, el INSALUD se denomina Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
2012	Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Nota: Elaboración propia basada en Farrerons (2013) y Bando (1986).



### **2.3.2. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, tanto en la Declaración de Alma-Ata (1978) como en otros documentos, la universalización de la atención es un concepto clave: “La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar” (OMS/OPS, 2014).

Por este motivo ha sido necesario trabajar potenciando dos aspectos:

1. La accesibilidad: cuyo objetivo es el de aproximar los dispositivos sanitarios al lugar donde vive y trabaja la población evitando la concentración de centros sanitarios que tradicionalmente se daba exclusivamente en los núcleos urbanos. Con esto, además, se garantiza la equidad en el acceso a los servicios.
2. La desconcentración: que da continuidad al concepto anterior y que promueve reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos desde una mayor cercanía y accesibilidad.

La accesibilidad y desconcentración son características que tienen que darse de manera especial en los dispositivos de Atención Primaria (en adelante AP). Ya que son la base de la atención sanitaria en el Servicio Nacional de Salud y, por lo tanto, primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria esencial.

Estas estrategias se ponen en marcha realizando una reforma en el Sistema de Salud que tiene sus bases legislativas en la LGS y en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud.

Además de los aspectos anteriormente citados, la LGS desarrolla la base legislativa que aborda la tutela efectiva del derecho al acceso a la salud en el marco de gestión descentralizada que consagra la Constitución Española y los respectivos Estatutos de Autonomías. Se concretan, en el Título II y de acuerdo con los Artículos 148 y 149 de la Constitución Española, las competencias de los distintos niveles de la Administración Estatal, Autonómica y Local.

Desde estas iniciativas legislativas se pone marco a la estructura y reglamentación de los distintos niveles de prestaciones y se potencia la descentralización, que se traduce en la transferencia de responsabilidades y recursos en salud pública a las CCAA.

Según el artículo 44 de la Ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril) “El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”. Es decir, el eje del modelo que la Ley adopta son las CCAA. Administraciones, a priori, suficientemente dotadas para que se apliquen los principios de accesibilidad y descentralización de un modo eficaz desde el punto de vista de la gestión. El SNS se concibe así como el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados.

El principio de integración para los Servicios Sanitarios en cada Comunidad Autónoma inspira el artículo 50 de la LGS: “En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

Para continuar este proceso de acercamiento de la protección de la salud al ciudadano se articulan dos tipos de previsiones: la primera se refiere a la estructura de los servicios sanitarios y la segunda a los organismos encargados de su gestión.

En cuanto a la primera, la Ley establece las Áreas de Salud. Que son las demarcaciones territoriales que tienen que efectuar las CCAA con el objetivo de organizar un sistema sanitario coordinado e integral. Según la LGS las Áreas de Salud son “las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidades Autónomas en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. Es decir, se constituyen en las piezas básicas de los Servicios de Salud de las CCAA. Estas áreas se organizan, siguiendo la idea de la desconcentración, en demarcaciones territoriales delimitadas y teniendo en cuenta factores de diversa índole señalados en el artículo 56.4 de la ley, pero sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios y de gestión descentralizada y participativa ofreciendo desde ellas todas las prestaciones propias del sistema sanitario.

En segundo lugar, sin olvidar que la responsabilidad de la organización de los Servicios de Salud es de las CCAA, quienes ahora gestionan incluso aquellos centros que antes gestionaban las Corporaciones Locales, se les reconoce a éstas el derecho a participar, por medio de representantes, en los principales órganos colegiados en el control y en la gestión de las Áreas de Salud.

Las Áreas de Salud están definidas en el artículo 56 de la Ley General de Sanidad, donde quedan reflejadas como estructuras fundamentales delimitadas en función de factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. En el marco referenciado a su área de población real de influencia, ésta vendrá definida por darse su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000, con la excepción de las Comunidades Autónomas de Baleares y

Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área. Cada Área de Salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud. Las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud, con el propósito de seguir aplicando los principios de accesibilidad y descentralización de un modo eficaz y consiguiendo una máxima operatividad.

Las Zonas Básicas de Salud están reguladas en el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Éstas son el marco territorial de la Atención Primaria de Salud donde desarrollan las actividades sanitarias los Centros de Salud, que son los lugares de trabajo de los equipos de Atención Primaria y están dotados de los medios personales y materiales necesarios para atender a la población. La delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud se hará por la Comunidad Autónoma. La población a atender en cada Zona de Salud podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano aunque con carácter excepcional, podrá determinarse una Zona cuya cifra de población sea inferior a 5.000 habitantes para medios rurales, donde la dispersión geográfica u otras condiciones del medio lo aconsejen.

En la Comunidad Autónoma de Madrid se aprueba el Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de Atención Primaria del Área Única de Salud de la Comunidad de Madrid.

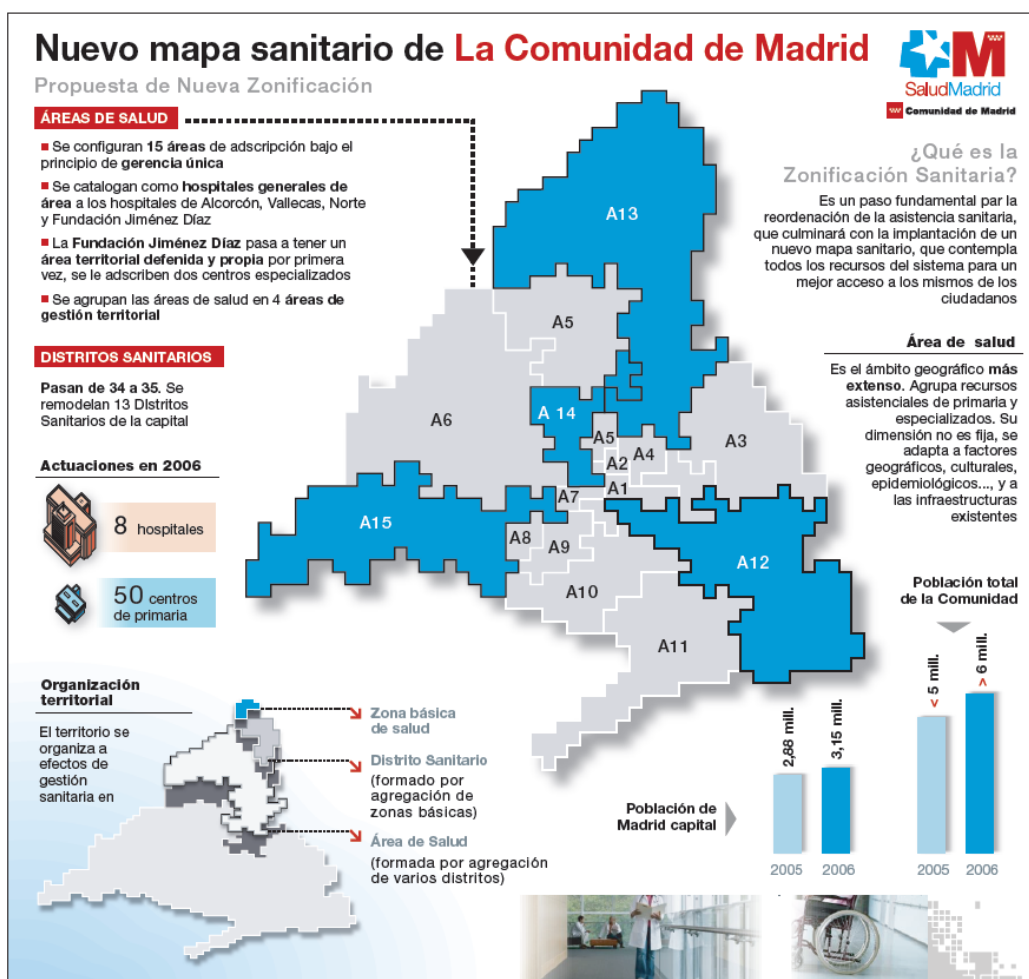
Además de mantener lo regulado en el Real Decreto 137/1984, se posibilita la libertad de elección de médico, enfermero, pediatra en Atención Primaria y de médico y hospital en atención especializada, ya aprobados con anterioridad en la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La ausencia del Trabajo Social en este tema va unida a la exclusión de la clasificación del personal sanitario que abordaré más adelante.

A continuación, para facilitar la visualización de lo anteriormente expuesto, muestro dos figuras. La primera refleja la situación del mapa sanitario en la Comunidad de Madrid, que mas adelante desarrollaré y cuya evolución veremos, y una segunda donde reflejo la ordenación del modelo territorial con los dos niveles de atención, especializada y primaria, y con los recursos principales que tienen.

Figura 1

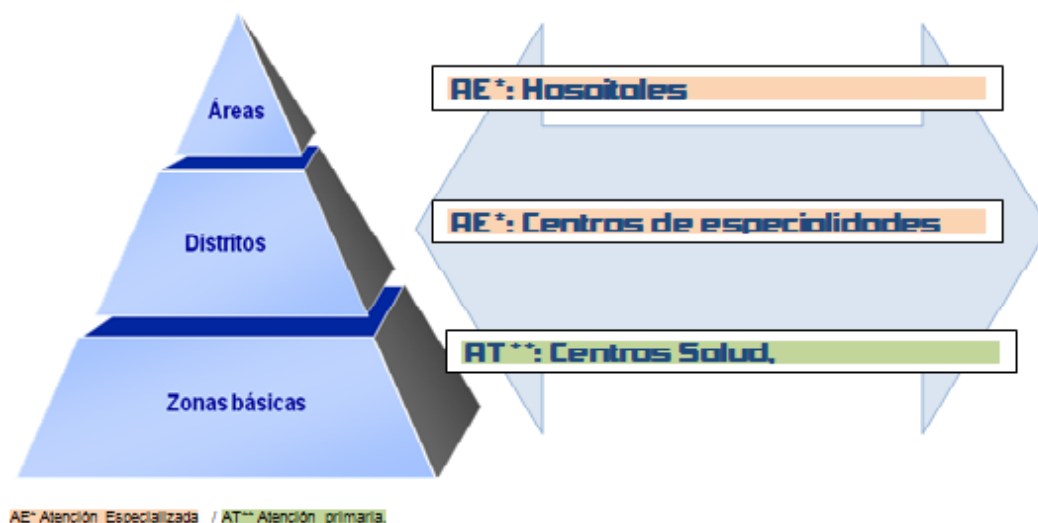
*Propuesta de mapa sanitario de la Comunidad de Madrid.*



Fuente: Comunidad de Madrid, 2006.

Diagrama 7

*Relación entre el Mapa Sanitario y los recursos de los dos niveles asistenciales.*



Nota: Elaboración propia basada en información extraída de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid

### **2.3.3. EL SISTEMA SANITARIO Y LA CRISIS ECONÓMICA.**

Estamos saliendo de una situación de crisis económica y financiera mundial importante. La economía española se posicionó en esta situación cuando, en el último trimestre de 2008, entró en recesión cayendo su producto interior bruto durante dos trimestres consecutivos hasta alcanzar un crecimiento negativo de alrededor del 1,5% en el segundo trimestre de 2009, según el Informe SESPAS (Vázquez, 2014).

Tras el espejismo de una corta recuperación, volvió a caer y así se mantuvo hasta que, en el 2015, algunos datos macroeconómicos cambiaron esas tendencias intensificándose el ritmo de recuperación iniciado a mediados de 2013, hasta alcanzar un crecimiento del PIB del 3,2 %. Estos indicadores de recuperación también se trasladaron al mercado de trabajo, creándose más de medio millón de puestos de trabajo en el conjunto del año. Esta tendencia se mantuvo en los primeros meses de 2016 (Banco de España, 2016).

La crisis económica tiene un importante impacto en el conjunto de la población y, en consecuencia, sobre la salud de la misma. Este impacto dependerá de factores como su extensión, naturaleza y duración de las

“políticas económicas y sociales coexistentes, de los valores socioculturales dominantes, del nivel de bienestar formal e informal, y de los cambios demográficos en el mercado laboral” (Informe SESPAS, 2014).

Este conjunto de factores, a los que hay que sumar los anteriormente mencionados recortes en derechos y presupuestos y las reformas en los sistemas de protección social que se van adoptando, podrán tener efectos adversos sobre la salud e incrementar las desigualdades en la misma. Las carencias que sobrevienen en los momentos de crisis económicas afectan de manera más intensa a aquellas personas que tienen más fragilidad en los vínculos relacionales. La familia ha sido el gran soporte para muchas personas en esta situación que sufren la precariedad en la inserción laboral.

Esta situación aumenta cuándo existen unas condiciones precarias previas o cuando la persona estaba ocupada en los sectores más afectados por la recesión, aumentando de esta manera la proporción de grupos de población vulnerable y susceptible de experimentar un empeoramiento en su calidad de vida. Entre los mismos podríamos destacar las familias monoparentales con cargas económicas no compartidas, la infancia y la juventud, las personas mayores y, sobre todo, los inmigrantes en situación de no regularización.

El citado Informe SESPAS señala la existencia de evidencias del efecto negativo de la crisis económica sobre la salud, concretándolo en el deterioro de la salud mental. Este aspecto se puede traducir en el aumento de muertes por suicidio, el incremento de las sustancias adictivas como el consumo de alcohol y de otras drogas y el aumento de la incidencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Estos aspectos, que pasan desapercibidos, son de una gran importancia ya que hay encuestas que señalan que, tras el copago farmacéutico, un 14,76% de la población no retira medicamentos prescritos por problemas económicos (porcentaje que aumenta hasta el 20% en el caso de los pensionistas y un 23% en el de los parados) (Observatorio Madrileño de la Salud, 2014). Estas personas, estando dentro del sistema de atención, quedan desprotegidas por no poder acceder a la prescripción farmacéutica. Otro aspecto más de conexión entre lo Social y lo Sanitario.

Esta crisis ha incidido en las finanzas públicas en dos sentidos. Por un lado la necesidad que tiene el propio sistema de seguir creciendo, lo que conlleva un inevitable aumento de las necesidades de gasto. Por otro la disminución de los ingresos fiscales, relacionado este aspecto con la disminución de cotizantes, ya sea por desempleo o por emigración o retorno. El abordaje de esta tesitura ha tenido distintas respuestas por parte de los países, quienes, dentro de los compromisos de política europea, se ven obligados a la consolidación fiscal. También se dan, en los primeros años de la crisis, intervenciones erráticas en los que algunos países, entre ellos España, la abordaron por la vía del aumento del gasto más que el de los ingresos, lo que deprime a su vez la demanda interior. Un ejemplo de esto fue el Plan Español para el Estímulo de la Economía y el Empleo conocido como Plan E. (Real Decreto-ley 9/2008).

La consolidación fiscal efectuada por España proviene principalmente del ajuste en el gasto, y en menor medida de los ingresos. Esta presión financiera se trasladaba, en primer lugar, a la inversión más que al gasto corriente y dentro de éste a los inputs (medicamentos y tecnología en particular) y a la concertación antes que al consumo público.

Con la caída del gasto sanitario público desde 2008 se detectó una reducción de recursos humanos, materiales y de la actividad de los servicios, tanto curativos como preventivos. Estas acciones directas sobre el sistema de salud han dado lugar a múltiples reivindicaciones y denuncias como la de los recortes de la plantilla del personal sanitario (siempre centrado en personal médico y de enfermería), la del aumento de las listas de espera quirúrgicas, la disminución en la inversión de los hospitales en modernizar su tecnología médica (que va quedando obsoleta) o la de reclamar, al menos, 10 minutos por paciente (Estudio de Fenin, 2015). Reivindicaciones dirigidas a poder ofrecer una asistencia de calidad.

Ante este aumento de gasto y falta, o disminución, de la financiación se ha repercutido la carga sobre los proveedores, incrementando los retrasos en los pagos. Así mismo, se ha recurrido a la financiación privada (copagos del



usuario) y al aumento de las políticas de austeridad basadas en recortes sobre los gastos. Estas medidas han tenido doble efecto negativo: el primero sobre la salud de la población y el segundo sobre los problemas originados por el copago farmacéutico, que genera un efecto diferencial en la salud de la población y, con ello, el aumento de las desigualdades en el acceso a la misma.

Tanto la existencia de redes sociales como el mantenimiento de las políticas sociales actúan como factores protectores de la salud durante las crisis económicas.

## **2.4. EL MARCO LEGISLATIVO EN EL CAMPO DE LA SALUD.**

### **2.4.1. MARCO LEGISLATIVO EUROPEO.**

Todos estos problemas que repercuten en nuestro Sistema de Salud: viabilidad, sostenibilidad y descoordinación, tienen una doble complejidad en su solución ya que, además de nuestro propio contexto sociopolítico nacional, nos encontramos en un contexto europeo que exige flexibilidad y obliga a unas respuestas y coberturas para las que no estuvo diseñada en un inicio (RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.). Por este motivo me voy a detener brevemente en señalar algunas de los artículos o documentos que ponen límite, por un lado, e impulsan, por otro, la legislación de los estados europeos.

El marco legislativo europeo se inspira y, a su vez, da respuesta a un marco internacional que apuesta por la protección de la salud. En 1946, los Estados Miembros de la OMS acordaron un principio internacional fundamental en virtud del cual “...el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Por otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la

Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) (ONU, 1966) protege “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Artículo 12). De igual forma, la Declaración Universal de Derechos Humanos establece que “...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”.

A la hora de abordar el tema de la Construcción Europea, los Derechos Fundamentales, Protección Social y Seguridad Social y la Salud Pública, la UE, a modo de resumen, publicita 3 derechos de manera especial si se es ciudadano de la UE:

1. El derecho a recibir la atención sanitaria necesaria en cualquier país de la UE.
2. El derecho a poder optar por una atención sanitaria planificada en otro país de la UE y ser reembolsado por ello, total o parcialmente, dependiendo de las circunstancias, al regresar a su país.
3. El derecho a disfrutar, en materia de seguridad alimentaria, de un conjunto de normas que, por su nivel de vigilancia y exigencia, se encuentran entre las más estrictas en el mundo. Este derecho está vinculado, de manera especial, al concepto de salud pública.

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, proclamada el 7 de diciembre de 2000, se mencionan el Derecho a beneficiarse de la atención sanitaria (art. 35), reconociendo el derecho a la Seguridad Social y a la ayuda social así como al acceso a estos derechos para todos los ciudadanos de la UE, aunque se encuentren en otro Estado que no sea el suyo propio (art. 34). Esto, como veremos más adelante, ha generado fricciones en nuestro Sistema de Salud.

Este texto es modificado por el Tratado de Lisboa (2007) desde su entrada en vigor el día 1 de diciembre de 2009. Sin embargo, en el caso de España, debe tenerse en cuenta que, dentro de las conexiones ineludibles con el Tratado de la Unión Europea (en adelante TUE), con anterioridad a la entrada en vigor del Tratado de Lisboa, el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/2008,

de 30 de julio, ya establecía lo siguiente: "A tenor de lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 10 de la Constitución Española y en el apartado 8 del artículo 1 del Tratado de Lisboa, las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán también de conformidad con lo dispuesto en la Carta de los Derechos Fundamentales publicada en el Diario Oficial de la Unión Europea de 14 de diciembre de 2007".

Otra conexión es la que aparece en el artículo 6.1 del TUE, en su versión consolidada tras las modificaciones introducidas por el Tratado de Lisboa. Ésta es la que contempla que España, como miembro de la Unión Europea, también ve influenciado su campo de la salud desde el espacio legislativo comunitario europeo.

El título XIV del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (en adelante TFUE), que lleva por rúbrica "Salud Pública" (art. 168), es donde el derecho de la Unión contempla, de manera esencial, aquellos aspectos concernientes a la protección de la salud. Ésta se trata de una competencia transversal, puesto que se promueve la cooperación y la coordinación entre los Estados miembros en este ámbito y el compromiso para definir y ejecutar todas las políticas y acciones de la Unión con el objetivo de garantizar un alto nivel de protección de la salud humana.

Tabla 9

*Principales iniciativas legislativas del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.*

art. 4. 2 f)	Define como competencia compartida entre la UE y los Estados miembros la materia de salud pública
art. 6 a)	Señala como competencia de la UE la de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros, la materia de la protección y mejora de la salud humana.
art. 9	Establece que en la definición y ejecución de sus políticas y acciones, la Unión tendrá en cuenta las exigencias relacionadas con la protección de la salud humana.
art. 36	Contempla las prohibiciones o restricciones a la importación, exportación o tránsito justificadas por razones de orden público, moralidad y seguridad pública, protección de la salud y vida de las personas y animales,
arts. 45 y 51	Sobre la posibilidad de permitir restricciones a la libre circulación y establecimiento por razón de salud pública.
art. 114	Aboga por una aproximación de las legislaciones en materia de salud.

Nota: Elaboración propia basada en datos del TFUE (2010)

Un aspecto llamativo respecto a la conexión que tiene que existir entre el TUE y los estados es el que se da en España, sobre todo en lo referido a las CCAA, en el marco de sus respectivas competencias. Éstas han extendido el derecho de cobertura sanitaria de forma diferente. En ocasiones, incluso, sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento, poniendo en riesgo la solvencia del propio Sistema Nacional de Salud y generando procedimientos de infracción por parte de la Comisión Europea, que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato.

Un ejemplo de estas disfunciones sería el referido a hacer efectivo el principio de igualdad de trato en las prestaciones derivadas de la acción protectora de la seguridad social entre los ciudadanos comunitarios europeos, sea cual sea su lugar de origen. Esto ya lo indicaba anteriormente al comentar la Carta de Bruselas del 2000. También se menciona en la jurisprudencia regulada por el Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y su reglamento de aplicación, y también por el Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación,

Estas prestaciones quedan asimiladas a las de los ciudadanos del país donde se presten, generando, esto, el dictamen motivado 2009/2341 de la Comisión Europea dirigido al Reino de España (Real Decreto-Ley 16/2012). Este dictamen se realiza por su negativa a expedir la tarjeta sanitaria europea a personas residentes en España con derecho a recibir asistencia sanitaria con arreglo a la normativa de algunas CCAA, que ha puesto en evidencia que éstas, en el marco de sus respectivas competencias, han generado el derecho a la cobertura sanitaria de forma muy diferente y sin tener en cuenta la legislación europea en materia de aseguramiento.

Con esto quiero subrayar la debilidad del mecanismo de reconocimiento del derecho a la protección de la salud en nuestro país y también el de la propia solvencia del Sistema Nacional de Salud. Este procedimiento ha abocado a una infracción por parte de la Comisión Europea que reclama la aplicación efectiva del principio de igualdad de trato a la elaboración de medidas correctoras en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril.

En las propias Disposiciones Generales de este RDL se indica que el Tribunal de Cuentas pone de manifiesto el peligro que corre el sostenimiento del Sistema Nacional de Salud por esta carga económica. Sobre todo contemplando que esta asistencia sanitaria se realiza a personas que la tienen ya cubierta por sus instituciones de seguridad social en origen o por otros sistemas de seguros privados. Este perjuicio económico para España se agrava si se contempla la dificultad de garantizar el retorno de los gastos ocasionados por la prestación de servicios sanitarios y sociales a ciudadanos europeos.

Esta reflexión sobre la aplicación de las directivas europeas la podemos llevar más allá al contemplar que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estima que el derecho a la salud, ligado al acceso a las prestaciones sanitarias, es un derecho humano fundamental y universal. Este derecho debe aplicarse a todas las categorías de población, entre las que entiendo que se debe contemplar inmigrantes, refugiados y personas desplazadas.

Esto es especialmente importante en un período donde, la manera de acceder para emigrantes procedentes de países con graves dificultades internas, es la de realizar el “asalto” de las fronteras a través de verjas o de fronteras marítimas. Este hecho está aumentando debido a las situaciones de hambruna, guerra y persecución de personas por diferentes causas.

El acceso a las prestaciones sanitarias es una condición importante en la protección, no solamente de la salud o de aspectos sociales, si no de los derechos humanos fundamentales, entre ellos el de la vida.

Tras esta realidad se impone una reflexión y clarificación de las condiciones para poder ser beneficiario de la prestación de servicios sanitarios y sociosanitarios. Ligada a esta reflexión de carácter sociopolítico hay que sumar otra de carácter económico: para el sostenimiento del sistema éste tiene que vincularse de forma efectiva a la financiación por impuestos y al carácter de solidaridad social sin el que no se sostendría este modelo ni daría cobertura a estas realidades.

#### **2.4.2. MARCO LEGISLATIVO AUTONÓMICO (COMUNIDAD DE MADRID).**

La provincia de Madrid se conformó como Comunidad Autónoma bajo la Ley Orgánica 3/1983, del 25 de febrero, que plasma su Estatuto de Autonomía. Fue reformado, posteriormente, por las Leyes Orgánicas 10/1994, de 24 de marzo, y la última de 5/1998, de 7 de julio, con la denominación de Comunidad de Madrid (en adelante CM). Fue el penúltimo de los Estatutos de Autonomía aprobados, por delante del de Castilla-León, debido, como expone el vigente artículo 1 del Estatuto en su apartado 1, al hecho diferencial en “sus peculiares características sociales, económicas, históricas y administrativas”.

Entre estas características cabe destacar la complejidad que tiene la Comunidad de Madrid ya que, mientras redacto estas páginas, mantiene una población de 6.436.996 habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2015), concentrada en un espacio geográfico menor que el de otras CCAA. El elevado número de población origina, como consecuencia principal, la existencia de importantes núcleos de población y la consecuente concentración de servicios en estos espacios.

Tabla 10

*Población por comunidad autónoma, según sexo (\*).*

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
<b>España</b>	46.600.949	22.880.878	23.720.071
Andalucía	8.393.252	4.141.906	4.251.346
Aragón	1.317.504	652.552	664.952
Asturias (Principado de)	1.050.917	502.036	548.881
Baleares (Illes)	1.103.959	549.596	554.363
Canarias	2.098.649	1.042.398	1.056.251
Cantabria	584.940	284.727	300.213
Castilla y León	2.470.741	1.219.096	1.251.645
Castilla-La Mancha	2.058.518	1.032.428	1.026.090
Cataluña	7.504.008	3.689.966	3.814.042
Comunitat Valenciana	4.977.171	2.459.275	2.517.896
Extremadura	1.092.056	541.671	550.385
Galicia	2.731.406	1.316.727	1.414.679
Madrid (Comunidad de)	6.435.152	3.086.597	3.348.555
Murcia (Región de)	1.467.049	735.410	731.639
Navarra (Comunidad Foral de)	640.154	317.727	322.427
País Vasco	2.188.895	1.065.775	1.123.120
Rioja (La)	316.818	156.648	160.170
<b>Ciudades Autónomas</b>			
Ceuta	84.263	42.770	41.493
Melilla	85.497	43.573	41.924

Nota: Recuperado de Padrón Municipal de Habitantes. Instituto Nacional de Estadística (2014).

(\*) Fecha de referencia: 1 de Enero de 2015. Datos provisionales.

El artículo 27 del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid enumera las materias sobre las que la CM puede desarrollar el marco legislativo básico. Entre ellas se encuentran las materias de Sanidad e Higiene, coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social y el ejercicio de las profesiones tituladas. Posteriormente, en el artículo 28, se desarrollan estas materias señalando, de manera especial, la correspondencia de la Gestión de la asistencia sanitaria y de las prestaciones y servicios del sistema de Seguridad Social así como de los productos farmacéuticos (RD 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud).

El siguiente paso al desarrollo de la creación de las CCAA fue el traspaso de funciones y servicios a las mismas, que comenzó en el año 1981 con

Cataluña y concluyó en el año 2001. En el Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Sanidad se concreta este traspaso de funciones. Influyen, con posterioridad, como hemos citado anteriormente, las dos últimas reformas del Estatuto.

La Ley Orgánica 10/1994, de 24 de marzo, tuvo por objeto ampliar el ámbito competencial incorporando al Estatuto las competencias que ya habían sido transferidas con anterioridad por la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, y la siguiente la Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio, que fue la de más calado ya que, por una parte, supuso importantes modificaciones del marco institucional y, por otra, volvió a ampliar el ámbito competencial.

En el Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, se aborda el tema del traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud como consecuencia lógica de la citada Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, creándose como Entes de Derecho Público el Servicio Madrileño de Salud (en adelante SERMAS) y el Instituto Madrileño de la Salud. Estos entes, posteriormente, se aglutinan en uno solo según el Decreto 14/2005, de 27 de enero, con el objetivo de evitar duplicidades y siguiendo los principios de racionalización, eficacia, simplificación y eficiencia.

Las funciones principales que se le asignan al Servicio Madrileño de Salud en el ámbito de la Comunidad de Madrid son principalmente (Decreto 24/2008):

- ✓ La gestión de los servicios y la prestación de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.
- ✓ La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales para la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.



Otro aspecto importante, y que influye en el papel que puede tener que desarrollar el Trabajo Social, tiene que ver con la cercanía del profesional con los ciudadanos. Esto se aborda desde la competencia relacionada con la territorialidad. Este ordenamiento funcional y territorial de la CM está basado en la potestad normativa otorgada por la Constitución Española, las Leyes sanitarias, especialmente la Ley General de Sanidad, y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, artículos 27.4, 27.5 y 28.1.1.

El Gobierno de la Comunidad de Madrid, dentro de su ámbito competencial, por medio del Proyecto de Ley 11/2001 RGE.4843 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, efectúa esta ordenación sanitaria, así como la regulación general de todas las acciones que permitan, a través del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, hacer efectivo el derecho de protección a la salud. Esta ordenación se crea bajo los principios de vertebración y coordinación y consolida, entre otros, los principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso, desde una concepción integral del Sistema que contemple la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia, no solo de los ciudadanos que tengan su residencia establecida y permanente en la CM, sino también de las personas que se encuentren en su ámbito territorial.

Es en este tema donde nos encontramos de nuevo con un desajuste entre derechos y financiación, aspecto éste que ya hemos tratado anteriormente al analizar las relaciones legislativas entre el ámbito nacional y el europeo.

La ordenación sanitaria del territorio de la CM ha sufrido diversas modificaciones legislativas que han producido, principalmente, la reestructuración de las gerencias y modificaciones en la estructura de las áreas sanitarias. Si realizamos un breve recorrido histórico-legislativo este proceso tiene su inicio con el Decreto 77/1985, de 17 de julio, que aprobó, provisionalmente, la zonificación de salud y servicios sociales de la Comunidad de Madrid. Más tarde, el Decreto 19/1988, de 9 de marzo, deroga la anterior zonificación y por el Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, se aprueba

definitivamente la zonificación, en base a Áreas de Salud, definidas en función de Distritos Sanitarios y Zonas Básicas de Salud.

El Decreto 187/1998, de 5 de noviembre, por el que se aprueba la actualización de la Zonificación Sanitaria de la Comunidad, establece la distribución en Zonas Básicas, Distritos Sanitarios y 11 Áreas de Salud. Posteriormente se introduce el último cambio importante en el tema de zonificación con la aplicación de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de Madrid, que modifica la Ley 12/2001, de 21 de diciembre y organiza el territorio de la Comunidad de Madrid en un Área Sanitaria Única. El Decreto 52/2010, de 29 de julio, establece en el Área Sanitaria Única, como estructura básica, la zona básica de salud, siendo ésta el marco territorial de la Atención Primaria donde desarrolla su actividad sanitaria el centro de salud.

Tabla 11

*Ordenación sanitaria del territorio de las comunidades autónomas.*

PROVINCIA	ÁREA DE SALUD	
	2004 - 2010	2011 - 2013
Madrid	Área 1	Dirección asistencial Centro
	Área 2	Dirección asistencial Este
	Área 3	Dirección asistencial Noroeste
	Área 4	Dirección asistencial Norte
	Área 5	Dirección asistencial Oeste
	Área 6	Área sanitaria única Dirección asistencial Sur
	Área 7	Dirección asistencial Sureste
	Área 8	
	Área 9	
	Área 10	
	Área 11	

Nota: Recuperado de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

La implantación de la Ley 6/2009 que posibilita la Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid tuvo una acogida polémica dentro del sector sanitario ya que el objeto que esta ley regula supone el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y de médico y hospital en atención especializada (con excepción de la atención domiciliaria y las urgencias y excluyendo a otros profesionales que están dentro del ámbito sanitario como la figura del Trabajador Social). Este hecho ofrece una importante mejora en la calidad de la prestación sanitaria, ya que permite al ciudadano optar a sus preferencias de forma directa, adecuando no solo el profesional sino la accesibilidad, horarios, lugar... Esto facilitaría el acceso a los servicios sanitarios a las personas que viven en un sitio, trabajan en otro y tiene a sus hijos en un tercer lugar.

El Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid aporta datos sobre la satisfacción global que tienen los usuarios de la Sanidad de la CM respecto a la atención recibida. Este aspecto es clave para tener información sobre la calidad asistencial, las expectativas y las percepciones de los pacientes con la asistencia sanitaria en Atención Primaria.

La satisfacción global con la atención recibida en el Centro de Salud en el año 2013 es de un 90,7%, con valores de satisfacción superiores al 90% en los últimos 3 años. Un 75% de los Centros de Salud presentan valores de satisfacción global con la atención recibida por encima del 88%, con una satisfacción máxima del 100% y una mínima del 71,2%.

Otras voces critican este tipo de gestión de la Sanidad en la CM. Desde el Observatorio Madrileño de Salud, que está formado por más de cincuenta organizaciones, entidades e instituciones de la Comunidad de Madrid, afirman que la Sanidad Pública madrileña está en retroceso desde las transferencias, debido a la desfinanciación progresiva de la Sanidad Pública, al proceso privatizador de largo recorrido y la descapitalización de los centros públicos de gestión tradicional (Observatorio Madrileño de Salud, Informe FADSP, 2014).

Estas variaciones en la normativa que generan este cambio de rumbo en el tipo de gestión y financiación de la Sanidad tienen su base en la Ley 15/1997 que proporciona el marco legal para el desarrollo. Este marco es la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), que introduce la separación de la financiación y de la provisión de servicios, permitiendo así la entrada de proveedores privados y la creación de un mercado interno o el decreto de Área Única y libre elección.

Sobre este último punto el Observatorio Madrileño de Salud sostiene que no ha supuesto un mayor ahorro ni un aumento de la calidad asistencial y que, sobre todo, incumple lo regulado en la Ley General de Sanidad que contempla la implantación de Áreas por cada 250.000 habitantes en base a criterios de buen funcionamiento, equidad y eficiencia.

A continuación, a modo de resumen, desarrollo algunos de los temas que me han parecido interesantes por la implicación que pueden tener para el Trabajo Social Sanitario. Estos temas, están relacionados directamente con el modelo sanitario de la CM.

Entre los temas que suscitan debate estarían: el modelo de Financiación, la cobertura sanitaria de toda la población, el copago, el control y racionalización del gasto farmacéutico, las privatizaciones y la necesidad o no de recuperar los centros privatizados, la opción de mantener el Área Única o recuperar las Áreas de Salud y la utilización de los recursos propios del sistema sanitario público evitando derivaciones al sector privado. También sería tema de debate, de especial interés para nuestra disciplina de estudio, el elaborar un plan sociosanitario que permitiera coordinar las intervenciones sanitarias con las sociales. Ya que ambas políticas deben ser transversales si optamos por una visión biopsicosocial, y en esta opción es donde el Trabajo Social tiene su espacio.

### **2.4.3. MARCO LEGISLATIVO LOCAL (AYUNTAMIENTO DE MADRID).**

Al igual que pasa con la CM, la ciudad de Madrid es un escenario de alta complejidad debido principalmente al importante número de ciudadanos que alberga: 3.182.175 (Padrón Municipal, enero 2017). Dato que la sitúa como la ciudad más poblada de España.

La importancia de las Administraciones Locales en el cuidado de la salud de los ciudadanos tiene una larga historia que, como señalaba en anteriores apartados, llega hasta la nueva definición que se realiza en el 2013 con la Ley 27/2013 de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. En esta ley se aborda el tema de las delegaciones y la mejora de la eficiencia de la gestión pública, intentando eliminar duplicidades administrativas con las CCAA y acorde con la legislación de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

La atención de la salud estuvo tradicionalmente ofrecida desde la Beneficencia que, en España, estuvo principalmente a cargo de la Iglesia. La puesta en práctica del plan de Beneficencia de Carlos III supuso que casi todas las competencias referidas a la asistencia pasaran a depender de la Administración. Este cambio responde a la estrategia de mermar poder a la Iglesia desde el Estado y más concretamente desde la nueva dinastía francesa de los Borbones, que había comenzado a reinar en España (Vidal, 1987).

Posteriormente, y como primer gran impulso, aparece la Ley General de Beneficencia que fue promulgada por las Cortes Extraordinarias en febrero de 1822 y que ampliaba los principios que las Cortes de Cádiz habían expuesto en materia de Beneficencia de 1812, dando un papel muy importante en su ejecución a los Municipios y a las Juntas Municipales de Beneficencia.

Los recursos que tenía la Junta Municipal de Beneficencia madrileña eran el Hospital General, el Hospital de la Pasión, la Inclusa y Colegio de la Paz, y la Casa de Socorro (antes Hospicio).

Posteriormente, la Ley del Servicio General de Sanidad de 1855 permite, por primera vez, la contratación de personal sanitario por los ayuntamientos, como titulares encargados de las funciones anteriores y de la prestación de la asistencia sanitaria a la población con pocos recursos económicos.

El Reglamento General de la Beneficencia Municipal de Madrid, de 1875, ya establece las responsabilidades municipales sobre la salud de manera muy concreta y define las funciones de las Casas de Socorro y demás establecimientos municipales de Beneficencia. Este Reglamento establece ya un primer intento de organización sanitaria pública, indicando, en su artículo 5º, que “Madrid se considerará dividido en tantos distritos o demarcaciones como Casas de Socorro existan”.

El artículo 4º del citado Reglamento define las Casas de Socorro como “los establecimientos destinados a la prestación inmediata de los auxilios necesarios a cualquier persona acometida de accidente, en paraje público, o herida por mano airada, o caso fortuito; a facilitar el primer socorro facultativo en el domicilio de los pacientes, en caso de inminente riesgo, a proporcionar consulta pública diaria para los pobres, y a asistir dentro del establecimiento a aquellos enfermos o heridos agudos que no sea posible trasladar a su casa o a los hospitales; y por último, a propagar las operaciones de la vacunación en las épocas oportunas” (Ayuntamiento de Madrid, 1875).

Es una visión clínica de la salud pero en la que ya se contempla la asistencia domiciliaria y la necesidad de la prevención en la población. Madrid llegó a contar con 15 Casas de Socorro.

Ya con la llegada de la democracia se crean, en la década de 1980, los Centros de Promoción de la Salud, también denominados CPS, y los Centros Municipales de Salud, CMS, centros ahora denominados Centros Madrid Salud (en adelante CMS).

Los CMS no tienen como objetivo tratar la enfermedad, aspecto este tratado ya desde los centros de Atención Primaria o especializada, si no que centran su labor en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades y otros problemas de salud.

Desde una visión biopsicosocial de la salud cuentan con plantilla laboral formada por equipos multidisciplinares en la que se integran profesionales de la medicina, especialistas en ginecología, psiquiatría, pediatría, psicología o enfermería, además de trabajadores sociales, auxiliares sanitarios y administrativos. En este momento existe una red de 16 CMS y 8 centros monográficos especializados en Madrid.

Durante la década de los 80 aparecen nuevas problemáticas que tienen implicaciones en el aspecto sociosanitario, convirtiéndose, a la vez, en problemas de salud pública y problemas de gran calado y consecuencias sociales. Tales consecuencias son la aparición de consumos abusivos y del tráfico de drogas, especialmente de heroína, lo que generó una importante alerta social a la que había que dar respuesta y que ha perdurado hasta nuestros días, eso sí, con una importante variación de sustancias principales y vías de consumo.

El Ayuntamiento de Madrid, en 1987, comienza a poner en marcha el primero de los Centros Municipales de Atención a las Drogodependencias (en adelante CAD). En julio de ese mismo año se crea la Comisión Antidroga, que elabora un diagnóstico de la situación de las drogodependencias en la ciudad de Madrid y formula el primer Plan Municipal contra las Drogas, aprobado en Pleno Extraordinario, el 6 de mayo de 1988.

Estas iniciativas van evolucionando hasta que, en enero de 2005, el Ayuntamiento de Madrid crea un nuevo organismo autónomo, Madrid Salud, para coordinar estas actividades.

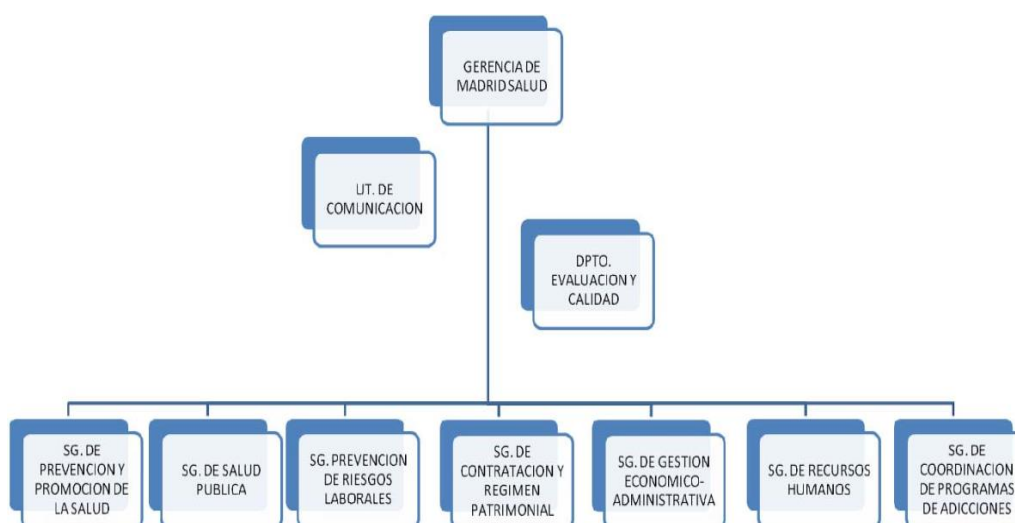
Madrid Salud no solo trabaja en el campo de la adicción sino que se convierte en el organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid que tiene por finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de salud pública y de drogodependencias dentro del término municipal. Dentro de las otras áreas de intervención, fuera del campo de las adicciones, se encuentra el trabajo por la calidad del agua, la seguridad de los alimentos, la mejora de la salud ambiental y la integración sostenible de los animales domésticos en la ciudad. Madrid Salud se encarga también de la prevención de riesgos laborales del Ayuntamiento de Madrid y sus organismos autónomos

En el artículo 2 de los Estatutos de Madrid Salud, en su artículo 1.2, se refleja el marco legal por el que se rige este organismo.

A continuación, para visualizar de manera rápida, tanto la estructura de la gestión como el mapa de procesos, muestro dos diagramas que permiten resumir, aportando información de manera sintética, el funcionamiento de este organismo. Más adelante abordaré el papel del Instituto de Adicciones, contexto en el que tienen su desempeño profesional algunos de los profesionales que han colaborado en esta investigación.

Diagrama 8

*Organigrama de Madrid Salud: Gerencia.*



Nota: Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud (2015).



Diagrama 9

Mapa de Procesos de Madrid Salud.

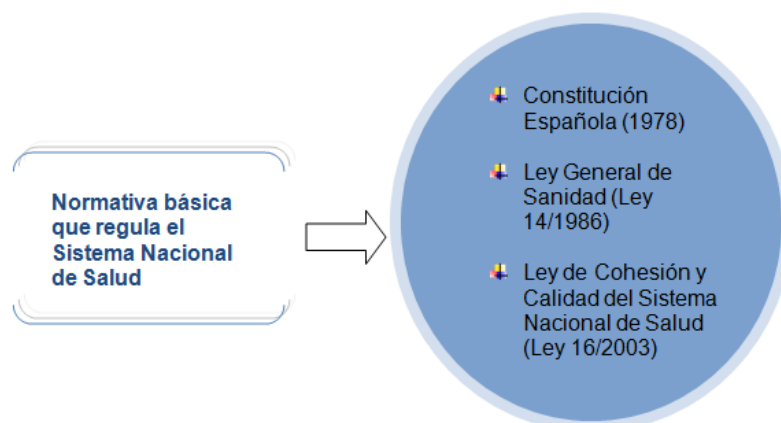


Nota: Ayuntamiento de Madrid. Madrid Salud (2015).

Concluyendo: los cambios de conceptualización de la salud de los que hablaba en el primer capítulo han tenido que concretarse y conquistarse desde la normativa legal. En España, tanto la Constitución de 1931 como la de 1978, son claves en la historia al reconocer derechos sociales que obligaban al Estado a intervenir en su garantía y cumplimiento. Esto ha generado una base normativa, tanto a nivel estatal como a nivel autonómico, sobre todo tras el gran reto abordado por los procesos de transferencias de funciones, y en concreto los de salud.

Diagrama 10

*Normativa básica que regula el Sistema Nacional de Salud.*



Nota: Elaboración propia.

El gran logro, a lo largo de los dos últimos siglos, ha sido conseguir que la Administración Pública no solo atendiese todos aquellos problemas sanitarios que afectaban a la colectividad, sino el ir asumiendo, en la función asistencial, los problemas de salud individual y, además, garantizar que cuántas actuaciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas también a la prevención de las enfermedades y no solo a su curación.

La gestión de esta meta culmina con la creación del Sistema Nacional de Salud, una de las grandes consecuciones de nuestro Estado del Bienestar. Este modelo de Estado está en constante crítica y transformación en los últimos tiempos, pero, no por ello, pierde su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones ni su sustentación en el esquema progresivo de los impuestos que lo hace más equitativo. Con esto favorece el acceso a aquella parte de la población más vulnerable o excluida y que, de otra manera, no podrían costearlo. Sin embargo existe una aplicación desigual en el territorio nacional debido a la ausencia de normas comunes sobre el aseguramiento, lo que genera desigualdades en la cartera de prestaciones y, por lo tanto, situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos. Estas diferencias territoriales se traducen en un cuestionamiento sobre la cohesión territorial y la equidad del Sistema.

Todo esto se ha visto agravado por una situación de crisis y dificultad económica, sin precedentes desde su creación, que ha llevado a la disminución de los recursos destinados al sostenimiento del sistema y a cambios en su gestión. Estos cambios, además de por el motivo directo de la crisis financiera y económica mundial, también han venido impulsados por una pérdida de eficacia en la gestión de los recursos disponibles, lo que se ha traducido en una alta morosidad y en un insostenible déficit en las cuentas públicas sanitarias.

A pesar de las denuncias y de las políticas de recortes, el sistema sanitario español aún no ha quebrado. Se siguen debatiendo las estrategias de cobertura y financiación pública/privada que tendrán que darse en un futuro a corto-medio plazo para abordar los temas relacionados con el análisis de coste-efectividad y los modelos de gestión que relacionen este factor con el mantenimiento de un Sistema de Salud público, universal y equitativo, ya que el uso eficaz y eficiente de los recursos son herramientas clave para este necesario cometido.

Además, resulta inaplazable hacer frente a los retos actuales de la asistencia sanitaria, tanto por el impacto del envejecimiento de la población como por el aumento del gasto farmacéutico que va a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario.

Por otro lado, tenemos la obligación de cumplir los mandatos legales que dan cobertura a los derechos que hemos generado a lo largo de nuestra reciente historia y que encomienda a los poderes públicos el gestionar, de la manera más eficiente, las capacidades del sistema y garantizar el mantenimiento del modelo español de Sistema Nacional de Salud.

### **CAPÍTULO 3. LA CONSTRUCCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL: BUSCANDO LA CONEXIÓN CON LA SALUD.**

En este capítulo desarrollaré algunos conceptos básicos sobre Trabajo Social desde sus orígenes para, desde ese punto de partida, descubrir sus conexiones y convergencias con el campo de la salud.

Hasta ahora me he aproximado a la salud desde su historia y la evolución de su concepto. Cómo ha pasado de ser un aspecto desligado del individuo, sujeta al destino, al azar o a designios espirituales a estar sujeta al Derecho y contemplada como un aspecto por el que deben velar las sociedades y sus gobiernos.

Al igual que la salud, el Trabajo Social también ha evolucionado desde la mirada individual del problema ligada al sujeto, a una posterior, posicionándonos en una perspectiva orteguiana, que contempla al sujeto y sus circunstancias. Trascendiendo de la ejecución de acciones, más o menos bien intencionadas, de la filantropía del XIX hacia una mirada más ontológica. Una mirada que contempla las causas de los problemas sociales, que no se hace cómplice de un sistema que pretende el control social, aunque sea un control "dulce" (Gaitán y Zamanillo, 1991), y que reclama influir en la ideología política, reformulando los modelos y reconceptualizando un Trabajo Social que evoluciona con la realidad donde se desarrolla.

Pero ¿cómo llega el Trabajo Social al campo de la salud? Pondré el punto de partida de nuevo en la Historia ya que, el momento donde algo se genera y las condiciones en las cuales se desarrolla, nos hacen entender mejor los porqués.

Algo cambia para que facilitar limosnas o ayudar a pobres adquiriera, en algún momento, el carácter científico y profesional que hizo emerger el Trabajo Social. Todo esto es el resultado de un proceso histórico que acaba

manifestándose con la aplicación del método científico en las acciones de intervención social y en la fundamentación del Trabajo Social en las ciencias sociales. De manera especial en la Sociología, Psicología y Antropología, que se desarrollan principalmente en Estados Unidos y Europa de forma paralela al Trabajo Social, que comienza a actuar en diferentes ámbitos, entre otros, el de la salud.

Del siglo XV en adelante aparecen en Europa iniciativas con una profunda visión del hombre y sus necesidades. Contemplaban que el hecho de dar limosnas no era suficiente para lograr una mejora real y estable de la situación de las personas y de su bienestar. Estas iniciativas propugnaban algunos estilos precursores de la organización de la asistencia (Miranda, 2004).

No es hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se produce el momento histórico del cambio, de manera especial en Europa y en los Estados Unidos de América. Es en esta coyuntura cuándo se experimenta el punto culminante de un proceso que provocó una transformación en las estructuras sociopolíticas, económicas e ideológicas de la sociedad de los países de este entorno y se denominó “Revolución Industrial”.

Esta es, fundamentalmente, una revolución productiva. Se origina una importante transformación de la capacidad de producción y de acumulación que provoca que las estructuras cambien y que se produzca, paulatinamente, el paso del régimen feudalista a un régimen capitalista.

Esta nueva sociedad y su modo de relacionarse, con grandes movimientos migratorios que se concentraban en los núcleos urbanos y nuevos modos de relación productiva, genera importantes problemas, situaciones graves de carencia de recursos y pobreza. Con estas situaciones aparece la necesidad de controlar las tensiones sociales que se dan, de disminuir sus efectos negativos y procurar soluciones. Todos éstos aspectos que ya señalaba cuando hablaba de la Revolución Rusa y la Constitución de Weimar y el nacimiento del Estado Social y de Derecho, es decir, un Estado más intervencionista frente al, decreciente en importancia, Estado Liberal.

De este Estado Social y de Derecho nacen iniciativas legislativas orientadas a la protección de los trabajadores. Los primeros sistemas de previsión social crearon programas de bienestar social y las primeras instituciones que, empleando en algunos casos metodología científica, intentan dar respuesta a las situaciones que experimentaban las clases socioeconómicas más bajas.

Tras este intento de dar una respuesta sistemática se ve la necesidad de utilizar, no solamente la buena voluntad propia de entidades religiosas, y que habían generado actuaciones descoordinadas, sino que es imprescindible una capacitación para realizar las tareas que estos programas e instituciones promovían. Este es el caldo de cultivo para que el Trabajo Social nazca y se desarrolle como profesión especializada desde la mitad del siglo XVIII hasta el final del XIX (McNutt, 2013).

Estas instituciones o sociedades, organizadas para la asistencia a los pobres, tenían una base ideológica en el cristianismo o en el humanismo. Desarrollaban sus actividades por medio de una estructura de voluntarios que aprendieron sus habilidades y conocimientos mediante un sistema de autoaprendizaje. Desde este contexto se comienza a gestar el tránsito hacia la profesionalización, hacía el uso de técnicas que estaban influenciadas por las emergentes ciencias sociales, los conocimientos adquiridos en su práctica diaria y, sobre todo, de la propia realidad con la que se enfrentaban y las necesidades que detectaban en el desarrollo de su labor.

Un ejemplo de estas instituciones que trasladan el eje de su intervención desde una perspectiva caritativa a una actividad científica son las *Charities Organization Societies* o el *Settlement House Movement*. Esta mirada científica implicaría una formación especializada, la investigación y elaboración de teoría, el contacto con instituciones académicas y con otras disciplinas, en definitiva, la profesionalización de su actividad. (Enciclopedia de Trabajo Social de la NASW, 2016).

### **3.1. PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LOS ORÍGENES DEL TRABAJO SOCIAL Y SUS FIGURAS DE REFERENCIA.**

Como comentaba antes, el desarrollo del Trabajo Social se realiza bajo la influencia de contextos religiosos y humanistas, es decir, desde una tradición de la caridad y desde la práctica de la filantropía. Existen muchos más ejemplos de organizaciones, dentro del ámbito religioso, que desarrollaron, posteriormente, modelos de actuación organizados y, aunque el exponerlos no es objeto de este estudio, citaré tres ejemplos como precursores de una asistencia social organizada.

La primera sería la desarrollada por las Hijas de la Caridad, Compañía fundada por San Vicente de Paúl en 1633. Posteriormente, y de especial interés, la Sociedad de San Vicente de Paúl y sus Conferencias (1833), con los “visitadores voluntariosos” y Thomas Chalmers (1870-1847) quien utilizó también la figura de los visitadores para conocer y atender las necesidades que se daban en el marco geográfico de su parroquia. Ambos son citados por algunos autores (Moix, 1991; Fernández García, 2009) debido a la importancia que tiene el introducir la figura del voluntariado como expresión de las primeras formas de asistencia organizada.

En este contexto de importante influencia religiosa, la consecuencia, o herencia principal, se observa al contemplar las intervenciones sobre las situaciones de pobreza. Cómo se generan, desde una perspectiva predominantemente paternalista y moralizante más que desde el deseo de introducir cualquier tipo de análisis del origen de los problemas sociales y políticos. Son intervenciones sobre el problema individual pero no sobre la causa. Esto comienza a cambiar a finales del siglo XIX y en los primeros años del XX, donde aparecen tendencias que potencian acciones más encaminadas a la profesionalización y a la politización.

Este cambio en la dirección de la reflexión y la acción viene tras las crisis económicas que obligan a contemplar la "cuestión social" y su consecuencia más distorsionante, la pobreza, de otra manera. La caridad como manera de

abordar la ayuda de las personas desfavorecidas se descubre ineficaz y el interés se desplaza hacia el desarrollo de procedimientos técnicos que, aplicados teniendo como base el conocimiento científico, puedan mitigar o solucionar el problema de la pobreza y la desorganización social que generó episodios de protestas violentas y alarma social (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Sobre esta etapa existen importantes referencias en el Reino Unido, ya que fue uno de los países donde se produjo la industrialización y, sobre todo, en Estados Unidos de América (en adelante USA). Allí, además de la industrialización, se sumó la realidad de importantes problemas derivados del número de población inmigrante que se hacinaba en sus nuevas ciudades.

La idea partía de aprovechar el entusiasmo del impulso tecnológico que se estaba produciendo, de manera visible e importante, en la industria y aplicar este modelo científico a los procesos sociales y políticos para abordar las problemáticas y los desajustes que se estaban produciendo en la sociedad.

Al hablar de precedentes tengo que detenerme en tres maneras de entender la organización de esa Caridad filantrópica o cristiana, que cimentaba los inicios del Trabajo Social como disciplina y como profesión, y también en algunas de las principales figuras del Trabajo Social que desarrollaron su tarea práctica y científica desde estos movimientos. Hablo de las Almshouses, Charities Organization Societies (en adelante COS) y el Settlement House Movement. -

Me detendré a detallar brevemente algunos aspectos con el objetivo de seguir reflexionando desde la base, el origen, para poder llegar, posteriormente, al Trabajo Social y a la apuesta de Trabajo Social especializado dentro de la rama sanitaria.

Comenzaré, siguiendo el orden cronológico, por las “almshouses”, también denominadas “county home” o “poor house”. Éstas constituyeron una primera manera de organizar el “sistema de socorro” y a las personas que se encontraban en situación de pobreza o extrema necesidad. Básicamente era



una institución pública administrada localmente para ancianos sin hogar y sin medios. Estas “casas de beneficencia” acogían a un heterogéneo perfil de usuarios “enfermos mentales, de epilepsia, con retraso mental, ciegos, sordos y mudos, mancos, tuberculosos y los indigentes de edad, así como para los vagabundos, pequeños delincuentes, prostitutas, madres solteras y niños abandonados y descuidados” (Encyclopædia Britannica, 2001).

En la segunda mitad del siglo XX este tipo de establecimientos disminuyeron sustancialmente, aunque en el Reino Unido un número considerable ha perdurado hasta nuestros días. Se cifra en 1.700 los grupos de organizaciones benéficas hospicio que siguen prestando servicio y más del 30% ocupan edificios catalogados, habiendo celebrado muchos de ellos aniversarios de más de 400 años (The Almshouse Association, 2015).

En los Estados Unidos de América existían desde la época colonial pero es en el primer cuarto del siglo XIX cuando se potencia esta fórmula como una nueva manera de dar respuesta organizada, sobre todo en la costa Este, a la pobreza. Desde 1835, 51 de los 55 comités del Estado de Nueva York cuentan al menos con 1 almshouse. De ellas, son 83 solamente en el Estado de Massachusetts, 180 en 1840 y 219 en 1860 (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Una característica importante de estos alojamientos es que muchas de estas casas de beneficencia se encontraban, y se encuentran algunas todavía, en el centro urbano de las ciudades y pueblos, potenciando su integración en la comunidad local, y con el beneficio añadido de asegurar a las personas estar cerca de los servicios básicos.

Las Charity Organization Societies fueron otro movimiento que intentó abordar la pobreza generando una nueva perspectiva. La primera COS se creó en Inglaterra, concretamente en Londres en el año 1869. Una de las principales figuras en su desarrollo fue Charles Stewar Loch, secretario general de la misma durante 38 años y que aportó ideas y planteamientos que ahondaban en la filosofía de la COS: el generar, mediante la ayuda, una futura situación de

autonomía, es decir ayudarlo para que se ayude (self-help) (Tannenbaum y Reisch, 2001).

El self-help está en concordancia con el individualismo característico del darwinismo social. Éste contempla que la evolución histórica es un proceso natural, en cuyo resultado de equilibrio el Estado no debe intervenir, exceptuando para proteger los derechos fundamentales, en aquello que el individuo pueda hacer por sí mismo y de manera libre.

Si bien era una intervención de corte individualista, contemplan a la familia como un recurso necesario y de alguna manera con el deber de ayudar a sus miembros a salir de esa situación.

Fue una iniciativa que pretendía, además de realizar esta ayuda organizada hacia la persona, organizar la propia red de organizaciones e instituciones y los recursos que incidían sobre la persona. Aparece la categoría de pobre merecedor y no merecedor y, lo que es más importante, a grandes rasgos, el estudio para generar esta clasificación, realizado por los visitantes previamente formados, mediante una encuesta que, posteriormente, se evaluaría para determinar si reunía los requisitos para la ayuda. Tras esta decisión se plantearía un plan de ayuda consensuado con la persona y su familia que conllevaría la concesión de una ayuda temporal, adecuada y suficiente. Con esta nueva metodología, el movimiento de organización de caridad rompió con las formas anteriores de dispensación de la ayuda directa.

Este enfoque básico se expandió rápidamente, no solo en Reino Unido, sino en USA. La primera COS estadounidense aparece en Buffalo, Nueva York, en 1877. Durante las dos siguientes décadas el movimiento fue tomando más importancia hasta que, a principios del siglo siguiente, en todas las áreas urbanas importantes en América se desarrolló alguna forma de COS (Banda, 2009).

El origen y crecimiento de las COS tienen, entre otras influencias, las ideas procedentes del Neo-malthusianismo y las teorías económicas de

Hobbes y Adam Smith, así como el aumento de la tensión social y el socialismo como elementos políticos que comenzaba a tomar importancia (Miranda, 2004).

En Inglaterra, junto a la figura de Loch, la referencia para entender la concepción de la pobreza en la época victoriana, y sobre todo la transición hacia nuevas maneras de abordar la intervención con las personas en esta situación es Octavia Hill (Banda, 2009).

Octavia Hill desarrolló su proyecto en Londres utilizando la vivienda como eje y elemento facilitador para la educación. Mediante la supervisión de los inquilinos a los que se les cedía la vivienda, conseguía intervenir a través de la visita, que tenía como objeto el cobro del alquiler y convertía este encuentro en el momento para realizar su investigación y facilitar señalamientos educativos orientados a enseñar o mejorar sus habilidades domésticas y generar un proyecto de intervención familiar.

Estableció unas normas para la enseñanza del Trabajo Social y un registro de casos que constituyen su principal contribución al Trabajo Social. Octavia Hill, junto a las mujeres que desarrollaban esta tarea, fueron pioneras en el desarrollo de la filantropía "científica" ya que, mediante su intervención, estudios y observación dieron el paso de explicar la pobreza como un hecho estructural y no como un tema individual y moral. (Capilla y Villadóniga, 2004).

La COS de Baltimore tiene una especial relevancia ya que en ella comienza su carrera Mary Ellen Richmond (1861-1928), quien realiza importantes aportaciones para mejorar la modernización y profesionalización de la atención a los más desfavorecidos introduciendo, en su actuación y enseñanza, algo que hoy, en el Trabajo Social actual, es absolutamente indiscutible: la necesidad de realizar una investigación y un diagnóstico antes de facilitar la prestación de atención (NASW, 2004).

Mary Ellen Richmond desarrolla los contenidos y metodología del Diagnóstico aproximadamente en 1910. Aunque es con su libro "Diagnóstico Social", a partir de 1917, cuando se afianzan las bases que permitirían al

Trabajo Social profesional tener una metodología científica estableciendo una correspondencia entre las personas (“los clientes”) y el medio ambiente. En 1922 publica el libro “Caso Social Individual”.

Mary E. Richmond junto a Octavia Hill y Jane Adams son, para muchos profesionales, las principales fundadoras del Trabajo Social.

## **SETTLEMENT HOUSE MOVEMENT.**

Al igual que las COS, esta nueva organización filantrópica, nace en Inglaterra en 1884, con el nacimiento de Toynbee Hall por el matrimonio Barnett, que habían trabajado con Octavia Hill (The Almshouse Association, 2015).

Este tipo de organización se difunde posteriormente, y de manera rápida, en USA. Cabe hacer especial mención del primero fundado en USA, en Boston, “Andover House” y, sobre todo, en el fundado en la ciudad de Chicago en 1889 por James Addams, la “Hull House” a la que se sumo posteriormente Florence Kelly.

Los *settlements* nacen dando un giro de tuerca más a la apuesta de vivienda de las *Almshouse* de Octavia Hill y a la filosofía de las COS ya que se centraban más en las causas ambientales de la pobreza, de las que los individuos no tienen casi control. Se diferenciaban, así, de las COS, de corriente individualista y que centraba los problemas sociales, precisamente, en el propio individuo. No intentaban clasificar en merecedores o no sino descubrir medios para ayudar a estas personas. En consecuencia, trataron de reformar aspectos de la sociedad que identificaban como causantes de los problemas. También centraron sus objetivos en intentar cambiar los barrios y ampliar las oportunidades de trabajo (Tannenbaum y Reisch, 2001).

El movimiento de los asentamientos (“Settlements Movement”) era un nuevo enfoque que, sobre todo en los Estados Unidos, centraba su mirada en los problemas de la ciudad y sus bolsas de pobreza, que procedía, principalmente, de las nuevas oleadas de inmigrantes. Este crecimiento

demográfico procedente de la llegada de inmigrantes que se cifra, entre 1870 y 1900, en un aumento de la población de casi 12 millones de personas (Fernández García, 2009), genera situaciones precarias de hacinamiento y relacionadas con la salud debido a las graves carencias en el saneamiento y la alimentación. En este contexto de precariedad y tensiones sociales surge este nuevo movimiento caritativo centrado en mejorar las circunstancias de los inmigrantes y cimentado en el espíritu y el valor de la democracia (Mizrahi y Davis, 2008).

El éxito de esta iniciativa se puede medir en el crecimiento de los Settlement Houses. En USA en 1895 existían 50. En 1900 pasaron a ser más de 100. Solamente una década después, la cifra ascendía a más de 400 asentamientos repartidos en 32 estados de la nación (Miranda, 2004).

Por último, simplemente, poner en valor que se plantearon modelos de intervención alternativos a los Almshouse y a las COS. Quizás en ese momento histórico y contexto sociopolítico hay que ensalzar que mantuvieran una posición abierta ante la llegada de emigrantes, con un discurso antirracista, acogedor de los emigrantes, sufragista y desde una postura pacifista. Ligado a estas posturas aperturistas y valientes surgen varias líderes del Trabajo Social como Jane Addams, Lillian Wald y Florencia Kelly, que también fueron conocidas como activistas del movimiento sufragista que promovía el derecho al voto de las mujeres.

Resaltar, de manera muy especial, como he comentado anteriormente, la figura de Jane Addams (1860-1935) como una de las pioneras del Trabajo Social. Entre sus variados méritos podemos mencionar su bibliografía. Algunos escritores la sitúan como una de las fundadoras de la Escuela de Chicago. En 1910 fue la primera mujer que ocupó la presidencia de la Conferencia Nacional de Asistencia Social y en 1931 recibió el premio Nobel de la Paz, que compartió con Nicholas M. Butler (Nobelprize.org, Jane Addams Hull-House Museum of Chicago, 2015).

Resumiendo: la profesionalización del Trabajo Social es el resultado del paso desde la asistencia social pública, que ofrecían las almshouses, hasta el esfuerzo de racionalización, coordinación e investigación que daría como resultado la “caridad científica” que impusieron, en un primer momento, las diversas “*Charities Organization Societies*”. Estas proponen el “case work” como la técnica que da operatividad a esta propuesta y también a la necesidad de formar personal competente para aplicar estas técnicas.

En un segundo impulso aparece el *Settlement Movement*, que se desarrolla en las zonas urbanas más desfavorecidas para compartir la vida de los pobres y ayudarles a transformarla haciéndose las/os primera/os trabajadoras/es sociales más próximos y conocedores de las condiciones materiales de la cultura de la pobreza: hábitat, higiene, paro, etc. Estas condiciones no eran atribuibles, como en los movimientos anteriores a dimensiones individuales y/o psicológicas sino que eran estructurales y provocadas por la nueva reestructuración social que estaba sucediendo debido a los cambios impactantes que trajo la Revolución Industrial.

El Trabajo Social comenzaba a generar respuestas, pero también reflexiones, sobre lo que sucedía en ese contexto social y político donde existían problemas sociales de desigualdad y tensión social que conllevaban a altos niveles de pobreza. También reflexionaba sobre cómo intervenir y desde donde intervenir.

Es el momento de transición del voluntariado al profesionalismo y, en consecuencia, del nacimiento del Trabajo Social en el que fueron determinantes dos figuras y movimientos íntimamente interrelacionados: Mary Richmond y las COS y Jane Addams y los *Settlement Houses*. Sin estas figuras no se podría comprender la historia del Trabajo Social.

La obra de M. Richmond aporta aspectos metodológicos que dan estructura a la disciplina y referencias teóricas de otras disciplinas (sociología, pedagogía, etc.). Con ello, el Trabajo Social establece un diálogo con la Escuela de Chicago, donde Jane Addams tiene un papel relevante. El método

científico, la influencia del empirismo, la dimensión reformista y democrática y las técnicas cualitativas generan la base de la práctica, mientras que el Pragmatismo y el Interaccionismo simbólico, y posteriormente el Psicoanálisis, lo hacen, en estos primeros momentos, en el plano filosófico y teórico (Miranda, 2004).

### **3.2. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN**

Una manera de conseguir el reconocimiento es la institucionalización, o lo que es lo mismo, la legalización, que no es más que la acreditación por medio de “la autenticidad de un documento o de una firma”, como define la RAE (2014).

El Trabajo Social se fue institucionalizando desde la presencia creciente en algunos de los movimientos anteriormente citados, pero la institucionalización como disciplina tenía que ir ligada al ámbito educativo académico. ¿Pero cómo se inicia ese camino?

Todo lo expuesto anteriormente tiene especial relevancia y presencia dentro del contexto de USA. Aunque el Reino Unido fuera el país donde se originan los principales movimientos (las COS y los *Settlements houses*) que van a impulsar la formación del Trabajo Social, en Europa el avance es más lento en el proceso de creación de la disciplina. Este avance tiene diferentes ritmos en el proceso de profesionalización e incluso en los niveles de reconocimiento social y profesional, nutriéndose principalmente de las bases que, como disciplina, generaba el Trabajo Social en USA.

El aspecto del reconocimiento me parece interesante como elemento diferenciador. Es importante la visibilidad positiva que genere o se le otorgue a cualquier actividad, profesional o científica, y creo que ésta influye en la fuerza que tenga el desarrollo de esta actividad y en el entronque que genere en la misma sociedad. Como ejemplo simple ver como la figura de un deportista

ganador en una disciplina que hasta el momento no era mediática genera adeptos a ese deporte y consumidores de merchandising.

Otra manera de conseguir reconocimiento puede venir dado, solamente, por la uniformidad. Un claro ejemplo de ello es el de un policía uniformado o, volviendo a nuestro tema de interés, una bata blanca.

Esta reflexión sirve como introducción para abordar la diferencia en el impulso y desarrollo del Trabajo Social entre Europa y Estados Unidos. Este se observa en aspectos tan puntuales como el reconocimiento que se le otorga a algunas personas que han influido en la sociedad y en su política desde el Trabajo Social. Figuras, más allá de las indiscutibles Mary Richmond o Jane Adams, tienen ese prestigio: Frances Perkins, Withney M. Young Jr., Harry Hopkins, Jeanette Rankin y otros destacan en el mundo académico, político o representativo y se reconoce públicamente su influencia desde las plataformas académicas y corporativas del Trabajo Social en Estados Unidos.

Un ejemplo del logro de reconocimiento es la “Pioneer Room”. Espacio que desarrolla la National Association of Social Workers (en adelante NASW) desde su oficina nacional de Washington, DC. para visibilizar a aquellos profesionales que “han preparado el camino para que miles de trabajadores sociales puedan hacer sus contribuciones al mejoramiento de la condición humana. Todos ellos son modelos de conducta para las futuras generaciones de trabajadores sociales” (NASW, 2014).

La institucionalización conlleva este reconocimiento y, en el caso de la realidad estadounidense, tiene un importante punto de partida en el programa establecido por la COS de Nueva York en asociación con la Universidad de Columbia. Este se convirtió en la Escuela de Filantropía de Nueva York y, eventualmente, pasó a ser la Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Columbia, que, en sus orígenes, tenía un plan de estudios que priorizaba más la práctica que el conocimiento teórico (Kamerman, Mullen y Fanshel, 1993).



Desde que, en el verano de 1898, se ofreció la primera clase de Trabajo Social en la Universidad de Columbia se fueron ampliando las experiencias formativas en otras zonas urbanas. En éstas se ofrecía, principalmente, este entrenamiento metodológico que estaba unido a espacios donde actuaban organizaciones benéficas que querían mejorar las prácticas de su cuerpo de voluntarios.

En 1919 había 17 escuelas de Trabajo Social afiliadas a la Asociación de Escuelas de Entrenamiento de las Escuelas de Trabajo Social, el antecesor de lo que hoy se denomina Concejo Pedagógico para el Trabajo Social (Council on Social Work Education, CSWE, sus siglas en inglés) (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Aprovechando que en 2015 celebró su 60 aniversario, también tiene una especial relevancia la creación de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Americanos (NASW). Ésta nació en 1955 para promover el estatus profesional del Trabajo Social. Varios grupos de trabajo y de las organizaciones que ya se habían establecido en todo el país se consolidaron para formar esta nueva asociación. Hoy en día esta organización, representativa del Trabajo Social, es la más grande del mundo y cuenta, según sus propios datos, con 150.000 miembros distribuidos en 56 “capítulos” o juntas en 50 de los Estados de la Nación, más Puerto Rico, Islas Vírgenes y Guam.

La NASW, más allá de promover, desarrollar y proteger la práctica del Trabajo Social y a los trabajadores sociales, orienta su labor a trabajar y abogar por “la mejora del funcionamiento y el bienestar tanto de individuos como de las familias y de las comunidades” (NASW, 2016). Pero sobre todo lo cito porque es el organismo que otorga certificaciones profesionales desde su Centro de Credenciales y aquí es donde destacan algunas relacionadas con el Trabajo Social en Salud o Clínico.

✓ ACSW (Academy of Certified Social Workers): Reconocimiento de Peritaje en Practica Generalista.

- ✓ DSSW (Department of Sociology and Social Work): Reconocimiento más alto que ofrece la NASW para un trabajador social clínico.
- ✓ QCSW (Qualified Clinical Social Worker): Certificación de Práctica Clínica Inicial.

Hay certificación de especialidades en el cuidado de salud, gerontología, hospicio, Trabajo Social escolar, sustancias, para intervención de casos y en el área de familias y niños.

El Consejo de Educación en Trabajo Social (CSWE) fundado en 1952 es reconocido por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior como la única agencia de acreditación de la educación del Trabajo Social en este país. Cuantifican el número de Programas de Trabajo Social, a partir de la reunión de junio 2015 con los siguientes datos:

- ✓ 506 programas de asistencia social de bachillerato acreditados
- ✓ 238 programas de Trabajo Social de maestría acreditados
- ✓ 15 programas de Trabajo Social de bachillerato en la candidatura
- ✓ 17 programas de Trabajo Social de maestría en la candidatura

El Trabajo Social en Europa no tiene un crecimiento tan homogéneo, principalmente por la propia diferencia que marca la realidad geopolítica y cultural de cada uno de los países que integran esta realidad.

Europa es un espacio formado por 47 países democráticos que son miembros del Consejo de Europa, con una población total de alrededor de 800 millones de personas (De la Fuente, 2015). En este conjunto se engloban algunos de los países más desarrollados económica y socialmente del mundo. Todos ellos con diferentes modelos de bienestar social para dar respuesta a las situaciones de pobreza y desigualdad de sus ciudadanos.

Veintisiete de esos países son también miembros de la Unión Europea. Una unión política con las instituciones comunes y los marcos jurídicos que tienen supremacía sobre los parlamentos nacionales.

Los principales grupos lingüísticos son germánico (como el alemán, danés, inglés), eslavos (como ruso, polaco, checo) y romance o latinos (como el francés, italiano, rumano o español), junto con un número de otros grupos y varias lenguas más pequeñas (Universität Frankfurt Johann Wolfgang Goethe. TITUS, 2014). Aunque la UE trabaja en todas las lenguas de los Estados miembros, las lenguas oficiales del Consejo de Europa son el Inglés y Francés.

Como hemos visto anteriormente, en la influencia del ejercicio de la caridad y el socorro a los más pobres, el cristianismo, aunque con diferentes doctrinas, es la religión histórica del entorno geográfico. Estas doctrinas, en la actualidad, mantienen una influencia social y política importante.

Los movimientos migratorios internos y externos también han tenido una gran importancia en los cambios socioeconómicos y las influencias geopolíticas. Principalmente en el proceso de emigración hacia América en los siglos XVII al XX. También la inmigración hacia Europa occidental procedente de países de todo el mundo en la segunda mitad del siglo XX, sin olvidarnos del éxodo rural hacia las grandes urbes.

Todos los antecedentes de atención a la pobreza, la Revolución Industrial, los desajustes provenientes de las dos Grandes Guerras y las tensiones sociales que han existido, han ido tejiendo, dentro del espíritu europeo, respuestas individuales a nivel de cada Estado pero también el deseo de realizar una mirada única de los problemas colectivos como comunidad de naciones.

En el campo de lo social no existe una respuesta común y consistente como la que se puede dar en el campo de la salud. En este campo se creó e impulsó el Comité Internacional de la Cruz Roja, que, desde su fundación en 1863, tenía como objetivo el prestar protección y asistencia a las víctimas de los conflictos y enfrentamientos armados. Un año después, en 1864, se generó el consenso suficiente para que 12 países firmaran el primer Convenio de

Ginebra. Este acuerdo internacional aumentó a 37 países en la Convención de 1929 (Cruz Roja, 2010).

Uno de los primeros escenarios donde se refleja este deseo de acordar una mirada común en el campo de lo social es en la Conferencia Internacional de Servicio Social celebrada en París, Francia, en 1928 y en la que estuvieron representados 42 países del entorno europeo (FITS, 2017).

Los grandes temas de la Conferencia, que tiene que ver con este deseo de estructurar y consolidar el Trabajo Social, fueron cinco:

- ✓ la organización general del servicio social,
- ✓ la enseñanza del servicio social,
- ✓ los métodos del servicio social de casos individuales,
- ✓ servicio social e industria y
- ✓ servicio social e higiene social.

La preocupación por el tema de la enseñanza dejó en evidencia la disparidad de realidades en las escuelas de Trabajo Social situadas en países con diferentes lenguas, culturas, sistemas educativos y contextos socioeconómicos.

En el informe que se elaboró de esta Conferencia de París se constataba que la realidad de estas escuelas, en algunos casos, va unida a la institución universitaria, especialmente en las de tradición anglosajona. Otras escuelas estaban unidas a instituciones religiosas, y, en el caso de los países de influencia socialista, estaban ligadas al movimiento obrero. Ni tan siquiera existía uniformidad en la duración de sus programas de estudios. Mientras que en Alemania el programa duraba 3 años, en la mayoría de las Escuelas tenían estructurado su programa en 1 año menos.

En el citado informe se contabilizaban 36 Escuelas en Alemania, 23 en Estados Unidos, 11 en Gran Bretaña, 8 en Bélgica, 6 en Francia y Austria, 4 en

los Países Bajos, 3 en Suecia y Suiza, 2 en Checoslovaquia, Canadá y Hungría, y ya tenían 1 Escuela en India, Polonia, Noruega Chile y China. Como ya veremos más adelante la realidad española comienza un tiempo después (Miranda, 2004).

Esta conferencia da base a otras estructuras que surgirían posteriormente, como la formación del Consejo Internacional de Bienestar Social, la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social y la eventual formación de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales.

Pero la identidad del Trabajo Social en Europa tiene un momento definido al reconocerse, en una decisión formal formulada en el Consejo de Europa (2001), que proporciona la declaración oficial más amplia sobre el papel del Trabajo Social en el contexto europeo (ANECA, 2004).

En este momento se ha avanzado mucho desde los datos que aportaba la Conferencia de París y en la mayoría de los países europeos tienen programas educativos de Trabajo Social dentro del ámbito educativo universitario o bien en instituciones de educación superior equivalentes.

Cerca de 300 instituciones educativas ofrecen cursos de Trabajo Social profesional en Europa que van desde los 3 años de duración a los 5 años (European Association of Schools of Social Work. EASSW, 2015). Con la Declaración de Bolonia de 1999 se apostó por la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), en marzo de 2010, incluyendo 47 países europeos (EEES, 2015).

Este nuevo escenario educativo que tiene como objetivo el mantener la calidad de la educación superior europea, garantizando una mayor coherencia entre los diferentes programas y favoreciendo la eliminación de las barreras a la movilidad de estudiantes y profesores, también ha influido en los estudios de Trabajo Social de manera diferente en cada país (EurActiv, 2008).

Otras redes académicas y profesionales que dan solidez a la estructura y favorecen la organización del trabajadores sociales europeos son: la Federación Internacional de Trabajadores Sociales Región Europea (<http://www.ifsw.org/europe>), la Asociación Europea de Escuelas de Trabajo Social (EASSW: <http://www.eassw.org>), el Consejo Internacional de Bienestar Social Región Europea (<http://www.icsw.org/regions.htm>) y la Plataforma Europea para Trabajo Social en todo el mundo (<http://www.eusw.unipr.it/index.php>), entre otras.

A nivel profesional, el movimiento dentro de la UE de los trabajadores sociales está sujeto a la Directiva sobre cualificaciones profesionales 2005, basándose en las directivas anteriores (Unión Europea, 2005).

En Europa, el desarrollo de los “modelos sociales” y la mejora de la calidad de los servicios sociales experimentó, durante la segunda mitad del siglo XX, un avance y un consenso histórico. En este momento tiene diferentes e importantes retos que abordar, especialmente relacionados con las limitaciones económicas y las actitudes sociales. La realidad de la crisis económica y financiera de la que hoy aún estamos experimentando sus consecuencias, ha amenazado seriamente el crecimiento y sostenibilidad de los servicios sociales de manera más incisiva y dramática en Portugal, Italia, Irlanda, España y sobre todo Grecia, desplazando los debates no a la necesidad de la existencia o impulso de los servicios sociales, sino más bien a la forma en que se puede proporcionar las prestaciones de servicios de manera más eficaz y económica.

Pero, ¿cómo medir en indicadores de eficacia la intervención socioeducativa sobre personas o colectivos en alta vulnerabilidad o exclusión? Aquí la rentabilidad nunca estará garantizada a corto-medio plazo.

Por otro lado existe una realidad sobre la que los gobiernos de Europa no pueden dejar de mirar y abordar: la demografía del envejecimiento y el reto de proporcionar atención sanitaria y social a la misma.

El problema es que esto se conjuga con una disminución de la fuerza de trabajo productiva, que es la que produce los recursos económicos, para dar respuesta con calidad a un sector de la población que tiende a invertir las tradicionales pirámides de población. También se conjuga con las actitudes sociales. ¿Qué opinaran los ciudadanos sobre el sostenimiento del sistema actual cuando esto incida en otro tipo de recortes o en un aumento de la presión fiscal?

Resumiendo: el establecimiento y desarrollo del Trabajo Social va unido al desarrollo de la normativa y de los sistemas de protección social de carácter público y, como he señalado, también al desarrollado por instituciones privadas, con vinculaciones religiosas o filantrópica. Esta base es también la que impulsó, desde los ámbitos público y privado, la creación de Escuelas de Trabajo Social, de manera muy diferente según los países.

La idea de Europa plasmada de manera institucional y, derivado de ello el desarrollo de los sistemas de protección, tuvieron gran impulso tras la Segunda Guerra Mundial, donde se hace imprescindible atender las necesidades de la población tras el conflicto bélico mediante la creación de sistemas de protección social.

Como figura relevante del Trabajo Social en Europa se señala, de manera especial, a Alice Salomon (1872-1948). De origen alemán y de familia judía, le toco vivir en una época y contexto difícil donde el Trabajo Social, en mitad de la barbarie que suponía la Alemania del partido Nacional Socialista, se convirtió en una tarea de heroínas y héroes anónimos.

Sus aportaciones tienen que ver, especialmente, con el campo de la formación y la internacionalización del Trabajo Social, fundando en 1929, lo que en la actualidad se conoce como Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW). Profundiza en la relación del Trabajo Social con otras disciplinas científicas en el trabajo y bienestar social. Su figura da nombre a la Alice Salomon Hochschule Berlin, la Universidad de Berlín de Ciencias

Aplicadas, donde se da el programa de postgrado en Trabajo Social, salud y educación (Idareta-Goldaracena, 2012).

### **3.3. LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA.**

A modo de introducción, comentar que no intento realizar un recorrido exhaustivo de la génesis y desarrollo del Trabajo Social en España, más bien lo que pretendo es, al igual que en apartados anteriores, esbozar como surge y se consolida profesional y socialmente, hecho indispensable para abordar la relación entre el Trabajo Social y el ámbito Sanitario. Cómo se conectan ambos campos y desde donde se contempla la necesidad de institucionalizarse como especialidad, posteriormente.

Abordo el surgimiento y desarrollo del Trabajo Social en España como disciplina científica y profesional desde una perspectiva historicista que comienza al término la Guerra Civil. El impulso principal se produce dentro de la transición democrática y la transformación que sufre el Estado bajo la influencia de la incorporación a la Unión Europea. El desarrollo, cronológicamente, se produce más tarde que en otros países de nuestro entorno.

En el primer período el término y los estudios, no universitarios, correspondían a la categoría de Asistente Social. Es en la segunda etapa, exactamente en 1991, donde el término Trabajo Social se introduce formalmente en el Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto, que reguló la incorporación a la Universidad de las anteriores Escuelas de Asistentes Sociales.

No es hasta recientemente, debido a las políticas educativas comunes de la UE, cuando se impulsa la formación académica respondiendo a una antigua reivindicación y obteniendo el rango de posgrado, aumentando el tiempo de formación y abriendo el campo de la investigación desde el doctorado.



Considero que éste ha sido un salto cualitativo y cuantitativo para mejorar y aumentar las pautas y los cauces de la producción científica.

Pero, antes de todo esto, existió un caldo de cultivo cultural y político que influyó en la génesis del ejercicio de la caridad y de la asistencia social, como preludio y base para la posterior instauración del Trabajo Social en España.

Dentro de la Cristiandad medieval, la Iglesia Católica había asumido la función pública de atender a los desfavorecidos desarrollando el ejercicio de la caridad en las parroquias y monasterios (quienes además tuvieron un papel importante de focos de colonización durante el tiempo de la reconquista), además de ser proveedores de servicios desde sus hospitales y hospederías. Esto ocurre principalmente durante los siglos XIII, XIV y XV, si bien no es hasta el siglo XVII cuando se institucionalizan las Casas de Misericordia, los albergues y los hospitales especializados, a la vez que aparecen los primeros marcos legislativos de la acción asistencial.

Me gustaría detenerme en la figura de Juan Luis Vives (1492-1540). Este humanista, filósofo y pedagogo español es una de las personas más representativas del llamado Renacimiento de Europa y un referente y precursor de la Intervención del Estado organizada (Casado, 1993).

Dentro de sus obras, reseñar de manera especial “De Subventionem Pauperum” (1526), obra de orientación social donde se postula la necesidad de realizar la intervención benéfica desde el ámbito público, concretamente municipal, separando el ámbito civil y religioso. Este planteamiento chocaba frontalmente con quienes enfocaban la asistencia desde la conciencia y el hecho religiosos y con algunas propuestas de intervención desde autoridades seculares de reinos y ciudades, que tenían una vocación represiva.

Promueve el principio de racionalización y sitúa la rehabilitación social mediante la capacitación y la inserción laboral. Propone una metodología para desarrollar esta atención donde se comienza con una investigación empírica de la situación aportando la elaboración de un censo para poder definir los tipos

de pobres. Para, a continuación, realizar un examen de casos y recursos que nos lleva al concepto de racionalización y a contemplar lo que podríamos denominar ya “programas individualizados” de asistencia con acciones de control y evaluación, es decir una “acción social planificada” (Casado, 1993).

De aquí la importancia de esta figura del Renacimiento que anticipó el método racional de intervención social o de organización de los servicios sociales. También propugnó un modelo precursor del contemporáneo Estado de Bienestar, desplazando la responsabilidad al ámbito civil y político. El paso de la beneficencia de la Iglesia al Estado no se da, de manera formal, hasta el siglo XVIII con las nuevas teorías reformistas influenciadas por lo que pasaba en algunos países europeos.

Posteriormente, en el siglo XIX, comienza el proceso de industrialización y sus consecuencias: se producen crisis agrarias, epidemias y las sucesivas guerras que se desarrollaron en el país casi de manera continua durante casi todo el siglo. Estos conflictos bélicos son las guerras peninsulares con Portugal, de 1801 y la de 1807, la Guerra de Independencia Española (1808-1814), las guerras de independencia hispanoamericanas (1810-1825), la Guerra o Revuelta de los Agraviados (1827) y las tres Guerras Carlistas que prolongan los conflictos desde 1833 hasta 1876, donde finaliza la última (Suárez, Ramos, Comellas y Andrés-Gallego, 1990).

Ante este caos, la Constitución de 1812, plantea la municipalización de la asistencia, dando origen al primer intento de ordenamiento general de beneficencia en el país. Al hilo de esta breve iniciativa legislativa surgieron, posteriormente, iniciativas legislativas en las que el Estado asumía la beneficencia como objetivo propio. La falta de recursos económicos del Estado mantuvo a la Iglesia y a las entidades privadas (cofradías, etc.) como elementos complementarios en la beneficencia.

A continuación voy a detenerme en las Escuelas de Asistentes Sociales.

El movimiento filantrópico fundamentado en la concepción religiosa de la caridad es el germen del futuro Trabajo Social (asistentes sociales en un primer momento en España) y “construyen su proceso de profesionalización sobre la base del modelo médico” (Comelles, 1996).

En España la atención social recae sobre el asistencialismo caritativo de la Iglesia Católica y del propio régimen político de la dictadura franquista, por vía de la Sección Femenina falangista. Esta sección, además de ocuparse del campo caritativo por mandato político, tenía la potestad en el campo educativo, convirtiéndose en referente teleológico un modelo nacional-católico de mujer (Pérez Moreno, 2008).

Algunas de las instituciones formativas creadas bajo el impulso de la Sección Femenina franquista son las Escuelas de Asistentes Técnicos Sanitarios y de Magisterio, las Escuelas de Formación Profesional con especialidades como Hostelería o Secretariado y las Escuelas de Asistentes Sociales.

La Sección Femenina creada durante la dictadura franquista, se erige bajo un modelo ideológico ligado al sistema, por lo tanto de control, y, como decía, de adoctrinamiento sociopolítico y religioso de la mujer. Además, con esto se impide que la acción social quede exclusivamente en manos de otras instituciones que tradicionalmente la practicaban, como la Acción Católica, las Conferencias de San Vicente de Paúl y otras ligadas al carisma de la Iglesia. Con ello evitaban cualquier riesgo de desestabilización o crítica al régimen. Este adoctrinamiento ejercido durante 4 décadas influye en el papel de la feminización de la profesión y la influencia de este tipo de formación orientada a potenciar ciertos roles de la mujer.

Dejo este tema, que tiene interés para abordarlo de manera más exhaustiva en otro momento, para centrarme, de nuevo, en la cronología y resaltar dos fechas donde se comienza a hablar de Trabajo Social: 1929 con la

celebración del Congreso Nacional de Beneficencia y 1932 con la creación de la 1ª Escuela de Estudios Sociales para la Mujer (Barcelona).

En esta primera época se observa como el Trabajo Social que se desarrolla en España tiene una importante influencia del ámbito sanitario-clínico, contemplando lo “social”, durante la Segunda República, bajo el paraguas de la Dirección General de Sanidad y luego del Ministerio de Trabajo, Previsión y Sanidad. Este tardío inicio se vio truncado por la Guerra Civil, momento en el que las prioridades vuelven a dirigir el trabajo hacia labores más asistenciales, lejos de la promoción.

Una vez superada la etapa de la posguerra y el aislamiento internacional, se inicia en España el proceso de industrialización y, con ello, un importante éxodo migratorio de la población rural a las ciudades. Esto produce alteraciones y cambios en la estructura social que conllevan a un aumento de los profesionales del Trabajo Social.

A pesar de estos avances, el Estado Social se va imponiendo con más retraso en España que en los países europeos, aunque también se percibe cierta influencia de la apertura diplomática de España y de textos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

Como he expuesto, las primeras iniciativas formativas para los primeros “Asistentes Sociales” en España fueron creadas en la década de los 30 y continúan en la década de los 40-60, momentos en los que llegan a existir hasta 30 escuelas cuya singularidad podríamos situarla en el carácter confesional de las mismas. La regulación de las escuelas se realiza en 1964, y, en 1967, se crea la Escuela Oficial de Asistentes Sociales de Madrid.

En Sevilla, en 1976, se celebra el Tercer Congreso Nacional. En éste se acuerda el cambio de denominación de asistente social por la de trabajador social y la de Servicio Social por la de Trabajo Social. Posteriormente, a partir

del curso 1981/1982, los estudios de los antiguos asistentes sociales se integrarán en la Universidad bajo la forma de Escuelas Universitarias de Trabajo Social y con ello se instaura la Diplomatura de Trabajo Social (Fernández García, 2008).

En Madrid la Escuela Oficial de Asistentes Sociales se integra en la Universidad Complutense, en septiembre de 1983, con el nombre de Escuela Universitaria de Trabajo Social, adoptando el plan de estudios que se había establecido en 1983 (Roldán y García, 2010).

En este momento es cuando se produce un verdadero impulso y consolidación del Trabajo Social ya que adquiere un status académico originado por su inclusión en el ámbito universitario y el reconocimiento que el Ministerio de Educación y Ciencia realiza de sus estudios con un nivel de técnico de grado medio.

A partir del reconocimiento de las escuelas y convalidación de los títulos y con el crecimiento del sistema de servicios sociales se da un mayor reconocimiento social de la profesión. Una profesión que, una vez alcanzado este nivel de estabilidad, se suma al movimiento de revisión crítica del Trabajo Social que se origina a nivel internacional. Con la peculiaridad de que, en España, se da con un cierto retraso respecto al resto de países.

Este movimiento crítico observa que las intervenciones situaban su hilo conductor en enfoques centrados en el individuo y la familia y con cortes todavía asistencialistas o de control, generando un clima de malestar en el colectivo, de encontrarse “entre la espada y la pared” (De Robertis, 2009). Con este tipo de intervenciones se alejaban de enfoques más acordes con la visión original del Trabajo Social. Querían reenfocar su intervención hacia modelos participativos, que es de donde surge y se orienta el cambio social. Enfoques que permitieran definir la profesión como agente de cambio, aspecto que tiene especial relevancia en la bibliografía académica latinoamericana,

cuantitativamente más productiva e influenciada por el paradigma marxista (Zamanillo y Martín, 2010).

A continuación incluyo otros factores que influyen en la consolidación e institucionalización del Trabajo Social en España como:

- ✓ La colegiación obligatoria como requisito profesional ineludible para las denominadas profesiones colegiadas.

- ✓ La Ley de creación de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Ley 10/1982, de 13 de abril, que recuerda la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio profesional.

- ✓ La consideración de “profesión regulada y titulada”, según la Directiva Europea de Reconocimiento de Cualificaciones y recogido en el Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, que traspone la citada Directiva al Ordenamiento Jurídico Español.

- ✓ La Ley Ómnibus que ha modificado, en parte, la Ley de Colegios Profesionales, establece que una futura Ley de Servicios Profesionales establecerá cuales serán las profesiones de colegiación obligatoria.

A continuación, y con objeto de no extenderme en un tema que no es el objetivo de este estudio, expongo un cuadro resumen de la historia del Trabajo Social en España dividiéndola en 4 momentos o etapas.

Tabla 12

*Resumen del Trabajo Social en España.*

	PRIMERA ETAPA (1929-1970)	2ª ETAPA (1970-1990)	3ª ETAPA (1990-1999)	4ª ETAPA (2000- ACTUAL.)
<b>Palabra clave</b>	Escuelas de Asistentes Sociales / Trabajo Social (internacional). Federación Internacional de Asistencia Social. Categoría profesional. Código Deontológico.	Asistencia social como agente de cambio (1972). Trataban sobre la acción social y el Trabajo Social (1976).  Bienestar Social Intervención social Necesidad-Problema Política Social Participación	Diplomatura (Consolidación disciplina). Modelo Social Europeo, Estados del bienestar y principio de subsidiariedad.	Estudios de Grado/Máster/ Doctorado.
<b>Avances académicos</b>	Fundación de una Escuela de Asistencia Social Se aprobó el termino de Trabajo Social: 1964: Reconocimiento oficial de estudios 1968: Se actualizó y concretó las funciones del Trabajo Social. Se creó una formación superior y categoría profesional de título universitario y la elaboración de un código de deontología.  Decreto 1403/1964, de 30 de abril, (BOE de 15 de mayo) ratificado por la Orden Ministerial 26 de octubre de 1966. Supone mayor estructuración de las asignaturas y contenidos contemplados, así como mayor homologación de las funciones y actividades que deben ser realizadas por el Trabajo Social.	1980: Título Universitario de Trabajo Social creado en 1980, RD 1850/1981, de 20 de agosto, "la incorporación a la Universidad de los Estudios de Asistentes Sociales como Escuelas Universitarias de Trabajo Social". 1983: Orden del Ministerio de Educación y Ciencia, se establecieron las directrices para la elaboración de los planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Trabajo Social.	Comisión académica consejo universidades reconoce área de Trabajo Social y Seguridad Social como área de conocimiento. Diplomatura 3 años.	Espacio Europeo de Educación Superior.  2015: Máster en Trabajo Social Sanitario (Ciencias de la Salud).

<b>Congresos / Otros</b>	<p>1929: Congreso Nacional de Beneficencia.</p> <p>1932: 1ª Escuela de Estudios Sociales para la Mujer (Barcelona).</p> <p>1932: Conferencia Internacional de Trabajo Social (Washington). Creación de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW).</p> <p>1956: Creación de la Federación Internacional de Asistencia Social (Munich).</p> <p>1959: Formación de la Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social (FEEISS).</p> <p>1967: 1ª Escuela Oficial de Asistentes Sociales en España.</p> <p>1968: I Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Barcelona).</p>	<p>1972: II Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Madrid).</p> <p>1976: III Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Sevilla).</p> <p>1980: IV Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Valladolid).</p> <p>1983: Escuela Oficial de Asistencia Social.</p> <p>1984: INTRESS (Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales). Aportan elementos teóricos a través de la investigación.</p> <p>1984: V Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Vizcaya).</p> <p>1986: I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Salud (Zaragoza). Surge la Asociación Española de Trabajo Social y Salud.</p> <p>1988: VI Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Oviedo). Integración del Trabajo Social en las instituciones de los Servicios Sociales.</p>	<p>Primeros Congresos de Trabajo Social.</p> <p>Se empieza hablar de transformar en Licenciatura.</p>	<p>2003: VIII Congreso Nacional de Asistentes Sociales (Santiago de Compostela). Manifiesto de Talavera.</p> <p>2012: Varios Congresos: Trabajo Social Estatal, Facultades de Trabajo Social, FITS, Asociación Española de Trabajo Social y Salud, etc.</p>
<b>Preocupación</b>	<p>1959: Dar una cierta unidad a los estudios que impartían en las Escuelas.</p>	<p>Actitud crítica: El Asistente Social como agente de cambio.</p> <p>Reconceptualización.</p>	<p>Ahonda relación entre teoría y práctica.</p>	
<b>Sociedad</b>	<p>Guerra Civil. Para paliar consecuencias mayor énfasis en desarrollo de acciones de corte asistencialista.</p> <p>Entre 1932 y 1950 se diplomaron 270 asistentes sociales de los que 149 trabajan profesionalmente.</p> <p>1960-1970: Plan Baza (Provocó un cambio en la forma de intervención social).</p> <p>1967: Creación del Ministerio de Educación y Ciencia (Madrid).</p>	<p>Fin de la dictadura franquista y comienzo de la democracia.</p> <p>1977: Ley 3/1977, de 4 de enero. Creación del Cuerpo de Asistentes Sociales.</p> <p>Auge en los 80.</p> <p>Aportación de los conocimientos profesionales. Implantación del Trabajo Social en los entes autonómicos y locales.</p>	<p>1993: Tratado de Maastrich. Acuerdo sobre la política social. Criterios UE.</p> <p>1994: Libro Blanco sobre Política Social.</p> <p>1997: Tratado de Ámsterdam</p> <p>1997: Cumbre de Luxemburgo, ha permitido dar otro paso adelante en la coordinación de las políticas laborales.</p>	<p>2000: Cumbre de Lisboa. Garantizar Principio de universalidad a las prestaciones</p> <p>Todos somos usuarios potenciales de los Servicios Sociales</p>

Nota: Elaboración propia basada en varios (Molina, 1994, ANECA, 2004, Segundo Foro de Trabajo Social, UPC, 1999).



### **3.4. EL TRABAJO SOCIAL: IDENTIDAD Y ÉTICA, CAMPO DE ACTIVIDAD Y CONVERGENCIA CON LA SALUD.**

#### **3.4.1. IDENTIDAD Y ÉTICA.**

A pesar de la evolución histórica, profesional y académica, a lo largo del tiempo hemos ido observando cómo los límites corporativos a veces no están tan perfilados en el campo de la práctica laboral. Esto se puede deber a la atomización de la intervención social que ha dado lugar a una variedad de perfiles profesionales, de funciones realizadas y de áreas de actividades. Aspectos que, si bien, por un lado han facilitado la apertura a nuevos ámbitos de intervención, también ha llevado a intrusismos y cierta confusión sobre cuál es el papel del trabajador social en determinados campos, por parte del propio cuerpo de profesionales del Trabajo Social y, en otras muchas ocasiones, por parte de otros profesionales con los que compartimos espacios.

Estos aspectos están directamente relacionados con el sentido de esta investigación. Con la búsqueda de una reflexión sobre la fragmentación que se da entre la base formativa y la realidad de la práctica profesional en el campo sanitario. Intentando descubrir como perciben sus capacidades, competencias y destrezas básicas que conforman el perfil profesional y dan contenido corporativo a la denominación del Trabajo Social Sanitario.

Una de las consecuencias directas de la incorporación al ámbito universitario de los estudios de Trabajo Social es que la titulación ya perfila la profesión, no solamente de manera nominativa, sino que identifica, de manera legal, sus funciones y competencias propias. Estas funciones del Trabajo Social son: información, investigación, prevención, asistencia, atención directa, promoción e inserción social, mediación, planificación, gerencia y dirección, evaluación, supervisión, docencia y coordinación (Consejo General del Trabajo Social. Código Deontológico, 2012).

Este marco de las funciones se asienta en el conjunto de tratados y normas que, en complementario diálogo ético, hallan espacios de encuentro que otorgan significado y validez a sus contenidos, además de otros aspectos relacionados con la ética normativa. Estos marcos son:

- ✓ El Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social/Asistente Social (1999).
- ✓ Los Estatutos de la Federación Internacional de trabajadores sociales (2002).
- ✓ Los Estatutos Generales de los Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001, modificados en 2002).

En España existen 36 Colegios de Trabajo Social, 2 Consejos Autonómicos (Castilla y León y Andalucía) y el Consejo General de Trabajo Social como órgano representativo, coordinador y ejecutivo de éstos a nivel estatal e internacional (CGTS, 2015).

Por lo tanto podríamos decir que nos encontramos ante una profesión que tiene una identidad legitimada e identificada socialmente. También por el propio colectivo profesional que reafirma y modula esta identidad a través de una serie de requisitos de autorregulación (titulación a través de formación, sistemas de referencia y código deontológico propios) y por un contexto propio de intervención.

Voy a detenerme en una parte de estas dos últimas características por el interés que suscita la existencia de un código deontológico y un contexto de intervención propios del Trabajo Social, dentro de un ámbito sanitario liderado por otra disciplina que tiene su propio código y ámbito de intervención.

Estos códigos son el sistema normativo de referencia, la “constitución” de cada profesión generada por la propia institución profesional que, de manera colectiva, actúa como primera fuente de ideología, construyendo, desde esta reglamentación, la estructura unitaria de los ideales profesionales. Como comentaba antes, la creación de estos códigos de conducta se vehiculizan y

elaboran por medio de los colegios profesionales, quienes se convierten en los principales garantes de los comportamientos éticos y responsables de los profesionales.

En el último Código Deontológico de Trabajo Social se detalla, en su artículo 5: “El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que "promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respalda por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar" (Consejo General del Trabajo Social. Código Deontológico, 2012).

Saliendo del ámbito nacional, el Código de Ética de la NASW, enfatiza el conocimiento como elemento de legitimación: “Los trabajadores sociales deberían contribuir a la base de conocimiento del Trabajo Social y compartir con los colegas su conocimiento relativo al ejercicio de la profesión, investigación, y ética.” (NASW, 1996)

Una de las preocupaciones que compartimos muchos profesionales de Trabajo Social, y que también se ve reflejada en algunos artículos de las revistas especializadas, es la fundamentación científica y el buen hacer profesional.

Con la aparición del código ético, la reflexión sobre la filosofía y la moral entra en juego para establecer un espacio normativo universalizado que describe, por medio de la ética, los valores y deberes por los que deben regirse las intervenciones, en concreto, y la profesión si lo miramos desde un prisma más general, ofreciéndonos así patrones de comportamiento generales. Esta ética profesional no se limita a una cartera de obligaciones y deberes, de técnicas e instrumentos adecuadamente articulados. Va más allá y se introduce en el comportamiento del profesional respecto al objeto de su intervención y al

papel que juega la disciplina y el propio profesional en esta relación, donde se pretende conseguir el beneficio del usuario, cliente o, como lo denominan en el campo de la salud, paciente.

Como hemos visto en el breve recorrido histórico, existe, en la génesis del Trabajo Social, un impulso ético unido al ejercicio de la caridad y a la filantropía. Pero solamente con este factor inicial no basta, la práctica cotidiana que fluye de una realidad social y política cambiante genera nuevos y múltiples dilemas que necesitan un replanteamiento permanente y actualizado de los referentes éticos para responder a estos retos de manera adecuada.

El Trabajo Social tiene, en los Derechos Humanos, su horizonte ético-político, el sustento y sus principios. Estos valores permiten orientar el comportamiento profesional y se convierten en creencias fundamentales que ayudan a elegir el camino para llegar al horizonte citado. Dichos valores universales recogidos en el código deontológico son: la dignidad humana, la libertad y la igualdad (Consejo General del Trabajo Social, 2012).

Estos derechos y valores constituyen la base que da sentido y unidad al Trabajo Social en cualquier lugar del mundo, pero sin olvidar que cada país aporta, desde su cultura y su momento histórico, unas políticas y relaciones sociales características que van a influir en el desarrollo de las actuaciones.

Tabla 13

*Evolución cronológica del Código Deontológico en España y otras fechas importantes.*

1948	La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
1950	El primer código deontológico de Trabajo Social tiene su origen en 1950, en Francia.
1960	La Asamblea de Delegados de la NASW aprobó la primera edición del Código de Ética. Revisado en 1979, 1990, 1993, 1996, 1999, 2006 y 2008.
1976	Veintiséis años después, la Asamblea de la Federación Internacional de Trabajo Social (FITS) aprueba, en Puerto Rico, el Código de Ética en Trabajo Social Internacional.
1985	El Código de Ética en Trabajo Social Internacional es ratificado por Europa en 1985.
1989	En España, el primer código de ética publicado es el elaborado en 1989 por el Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña.
1994	En 1994, en Oslo, se actualiza bajo el título de <i>The Ethics of Social Work: Principles and Standards</i> .
1999	En 1999, la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales aprobó el Código Deontológico de la Profesión de Diplomados en Trabajo Social.
2002	La Asamblea General de la FITS, celebrada en Ginebra en julio de 2002, acuerda adaptarlo a la nueva definición de Trabajo Social, aprobada por la FITS en julio de 2000.
2012	Nuevo Código Deontológico de Trabajo Social Consejo General del Trabajo Social.

Nota: Elaboración propia.

Como hemos comentado anteriormente, tanto los valores como los derechos y deberes de la profesión, o la manera de relacionarse con los individuos u otros profesionales, se explicitan, a rasgos generales en los códigos deontológicos.

Si los sistemas de valores son elementos fundamentales para entender las profesiones ¿la profesión médica y la del Trabajo Social comparten los valores que le pueden llevar a trabajar de manera conjunta o son tan dispares que necesitan de espacios diferenciados?

El Juramento de Hipócrates ha sido históricamente el referente con el que se ha identificado los principios que regían el acto médico, manteniéndose su texto y el de la oración de Maimónides en el último texto del Código Deontológico Médico. Estos textos introductorios parecen tener la intención de avalar la antigüedad de la profesión, potenciando el status profesional acreditado por esta larga trayectoria.

Si bien esta es la idea que trasciende, la Organización Médica Colegial de España promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica en 1978 al amparo de la Constitución de 1978, actualizándose posteriormente en 1990, 1999 y, más recientemente, en 2011.

Ambos coinciden en algunos aspectos generales:

1. El ideal de ambas profesiones es un ideal de servicio y, en torno a éste, se constituye un sistema de valores.

2. Están adscritos a valores universales:

- El Trabajo Social en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, fundamentando sus principios en los valores de la dignidad humana, la libertad y la igualdad.

- La Medicina en el Derecho a la vida y a la salud, fundamentando estos en el respeto a la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad.

3. Ambos campos están enfocados hacia la excelencia en su desempeño, estando siempre orientados hacia un desempeño profesional óptimo.

Esto significa que no se deben limitar al mero cumplimiento de procedimientos, sino a comprometerse con aportar a los mismos la máxima calidad y compromiso de cara a un verdadero cambio con la transformación de las situaciones que atropellan la dignidad y la salud humana, respectivamente.

4. Establecen un conjunto de normas éticas que sirven como guía de la práctica profesional y de ayuda ante obligaciones profesionales en conflicto o incertidumbres éticas.

5. Al publicitarse y ser de dominio público, estos códigos permiten que los ciudadanos los conozcan y puedan exigir responsabilidades a la profesión y a los profesionales. Esto se ha evidenciado de manera muy práctica con la ley de protección de datos y el derecho al secreto profesional.

6. Se compromete con la vigilancia, control y sanción de las conductas profesionales no éticas.

7. Cumple una finalidad educativa sobre los profesionales, al ser un referente de los valores, los principios y las normas éticas.

8. Ambos actualizan sus deberes y obligaciones desde la vocación de ser disciplinas dinámicas que se adaptan a los nuevos retos que una sociedad cambiante dicta.

El Trabajo Social actualiza su Código Deontológico en 2012 y el Código Médico en 2011. Por citar un ejemplo de actualización, y utilizando el de la Organización Médica Colegial, las novedades que expone se refieren a: “asociaciones profesionales, drogadicción, segunda opinión médica, prevención de la enfermedad, duración del acto médico, error médico, esterilización, interrupción voluntaria del embarazo, publicación de la investigación médica, sobre la investigación en embriones humanos, sobre la gestión clínica y compañías aseguradoras médicas, sobre los incentivos, sobre el intrusismo en el ámbito médico, sobre la relación médico-paciente no presencial y sobre el

trasplante facial, entre otros”. En el caso del Trabajo Social no existe ninguna referencia en su código deontológico en este sentido.

Leyendo ambos códigos se pueden interpretar algunas discrepancias con las ideas-fuerza de los mismos y que pueden suponer una vía de tensión entre ambos, con el objeto de atención o entre ambas profesiones.

Primero, y concerniente a ambas disciplinas, se observa unilateralidad en la mirada de los propios colectivos profesionales sin integrar la visión, al menos más influyente y directamente, de los sujetos-pacientes, manteniendo posiciones hegemónicas y paternalistas por parte del grupo profesional de “expertos”. Recuerdo la reflexión de un usuario en mi desarrollo profesional en un dispositivo de adicciones que comentaba, comparándose con otro profesional, que “el experto en drogas era él y que el profesional solo tenía estudios en adicciones”. Era su manera de protestar y explicitar su derecho a participar del diagnóstico, incluso de la discrepancia del diagnóstico. En ambos códigos se reconoce este derecho pero la práctica sigue siendo distinta a la “ley”, expresando algunos de estos usuarios que solamente eran preguntados en los momentos necesarios debido a cuestionarios de calidad, satisfacción, etc.

Expongo otros aspectos más que tienen que ver con el hecho de cómo se contemplan otras disciplinas respecto a la salud y al resto de profesiones.

El Código de Deontología Médica sitúa, en su artículo 7.2, al profesional médico como “el principal agente de la preservación de la salud, debe velar por la calidad y la eficiencia de su práctica, principal instrumento para la promoción, defensa y restablecimiento de la salud”. Con esto, y a pesar de que la salud tiene una perspectiva biopsicosocial, se excluyen voces necesarias de ser consideradas, como la enfermería, farmacia, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, entre otras, y quedan supeditadas a la hegemonía de la medicina.



Aunque continuaré con esta reflexión en el apartado referido al trabajo en equipo, también llama la atención el artículo 41.2 que refleja como “el médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas”.

Esto último continúa una línea de hegemonía en la intervención, entendiendo como actuación en salud casi exclusivamente lo que depende de este ámbito profesional. Ante esto ¿cómo se sitúan el resto de profesiones?

El código de Trabajo Social en su Artículo 29 aborda este tema aunque con un matiz muy diferente: “El/la profesional del Trabajo Social evalúe con criterios objetivos y rigurosos y de manera leal y respetuosa tanto su trabajo como el que le corresponde hacer en equipo”. Siempre, como entiendo que es lo adecuado, se refiere a “su trabajo” y no a evaluar o “procurar” que el resto de profesionales cumplan su cometido. Esa tarea le corresponderá a la dirección del equipo, departamento o similar. Pero no existe una profesión que tenga la potestad de evaluar y supervisar el trabajo del resto sin que detrás exista un modelo de relación jerárquico, y parece que esa no es la apuesta del modelo biopsicosocial.

El concepto biopsicosocial no trae en si la magia de las intervenciones transdisciplinares. En el ejército tienen claro como visualizar de manera integral los objetivos, abordando la acción desde equipos multidisciplinares que se relacionan interprofesionalmente bajo una estructura claramente jerárquica y altamente eficiente. No voy a cuestionar en este documento la eficacia, pero si la coherencia, entre los que se dicen “modelos biopsicosociales” y lo que se traduce de lo que se escribe. El Trabajo Social apuesta por el respeto y la confianza de los colegas profesionales, como aparece en el Código Ético de la NASW en su punto 2.03, donde hay que contemplar “las obligaciones profesionales y éticas del equipo interdisciplinario como un todo y donde cada uno de sus miembros las debería tener claramente establecidas”.

Después de esto, reseñar un pequeño matiz que me ha llamado la atención dentro del mismo capítulo de relaciones con otros profesionales: el artículo 27 del Código Deontológico del Trabajo Social expone que “El/la profesional del Trabajo Social preste desinteresadamente orientación y guía, así como atención a las demandas, con la máxima diligencia a los/as colegas que lo soliciten”. Me gustaría llamar la atención sobre significado de ofrecer “la máxima diligencia” a las demandas que generan otros colegas. Si se refiere a la acepción que la define como el “cuidado y actividad en ejecutar algo” (RAE, 2014) entiendo que ésta se dará en toda la actividad de profesional, ya que no sería ético realizarlo de otro modo. Si se refiere a la “prontitud, agilidad, prisa” pues debo entender que el Trabajo Social responderá con la misma diligencia que lo haría cualquier profesional de cualquier disciplina, no necesitando tener un recordatorio u obligación especial. Si se refiere al “amor y dilección” que pondrá en la ejecución de esta demanda, pues no tengo mucho que decir salvo apoyar el poético subrayado.

Dejando al lado la ironía, aún siendo una riqueza del lenguaje que permite expresar con cierto humor y de diferente modo el pensamiento, me gustaría llamar la atención sobre esta indicación que no existe en otros códigos con los que lo he contrastado (médico, derecho) y que puede parecer que exprese una cierta subyugación o servilismo respecto a otras profesiones.

Como inquietud compartida desde el contacto directo con profesionales, más que por la bibliografía académica, y con el simple objetivo de contemplarlo como una lectura de semejanza conjunta y una posible línea de investigación futura, considero que el conocimiento del Código Deontológico entre los profesionales del Trabajo Social no es amplio, intenso ni adecuado a su relevancia y trascendencia. Quizás por simple ignorancia del mismo o porque se considere su contenido tan evidente que no necesita ser estudiado. De ahí la necesidad de seguir reconociendo el esfuerzo en impulsar la importancia del lugar de la ética profesional en el conocimiento cotidiano de los futuros profesionales desde el ámbito formativo universitario, la participación y vigilancia colegial.

Por otro lado, algunas de las reflexiones que he encontrado en la literatura corroboran el desconocimiento del Código de Deontología Médica. Me ha parecido de especial interés los comentarios del Prof. Dr. Gonzalo Herranz (1994) quien expone esta misma situación en el colectivo médico y reclama una investigación que mida el grado de conocimiento y de aceptación del Código, advirtiendo que “al lado de preceptos que podrían inmunizarnos contra ciertos errores prácticos, el Código anima a vivir ideales éticos que nos ayudarían a los médicos a crecer en estatura profesional y humana, y a tratar a nuestros pacientes con más compasión y respeto”.

### **3.4.2. CAMPOS DE INTERVENCIÓN.**

El campo de intervención del Trabajo Social tiene que ver con los individuos y la sociedad, con el modo de articular su relaciones, con el objetivo de resolver aquellos problemas que obstaculicen la inserción social de las personas, grupos o comunidades, favoreciendo su propia autonomía, y “promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas” (Código Deontológico, 2012).

A partir de esta definición, puedo decir que el Trabajo Social posee un campo propio de actividad que es la articulación entre la persona y la sociedad, creando, o manteniendo, los lazos entre lo individual y lo colectivo. Los objetivos de su acción son la resolución de problemas de inserción social y el desarrollo de la autonomía de personas y grupos.

Para desarrollar su intervención en su campo de actividad, y debido a la propia complejidad del mismo, los conocimientos se han nutrido, no solamente del aprendizaje generado desde la práctica, sino también de otros elaborados por otras disciplinas científicas, especialmente las ciencias humanas y sociales, donde tenemos que incluir las ciencias de la salud. Desde esta visión poliédrica formada por la suma de conocimientos pluridisciplinarios es desde dónde se obtiene una visión global de la persona y una mejor comprensión de la sociedad y de las relaciones entre ambos, con el objetivo de favorecer un mejor

análisis de las situaciones y elaborar una intervención que parta de un diagnóstico social.

Los campos principales de intervención que he conseguido catalogar, desde la literatura (García y Meneses, 2009) y el conocimiento que me aporta la práctica diaria, son los siguientes:

✓ Sistema Público de Servicios Sociales: engloba desde la atención social básica y primaria, emergencias sociales y ayuda y atención a domicilio hasta las áreas de intervención de los servicios sociales especializados (personas sin hogar, personas mayores, la infancia y a la familia, mujer, personas con discapacidad, personas inmigrantes y refugiados, etc.).

✓ Sistema de Salud: en el ámbito de la Atención Primaria de salud como en los dispositivos de especialidades (hospitales, servicios de salud mental, servicios de atención a las drogodependencias) y también en el ámbito privado desde las diferentes ONGs que trabajan con personas que tienen alguna enfermedad.

✓ Educación: equipos de asesoramiento psicopedagógico, mediación escolar, centros de educación especial, escuelas taller, etc.

✓ Justicia: servicios de asesoramiento psicosocial, mediación con la víctima, centros de internamiento de menores, mediación familiar, programas de seguimiento de medidas alternativas, servicios de reinserción sociolaboral en instituciones penitenciarias, etc.

✓ Formación y asesoramiento técnico: formación de estudiantes de Trabajo Social, formación permanente, soporte técnico.

✓ Tercer Sector-ONG: que trabajan tanto a nivel local como a nivel internacional (a través de programas de cooperación al desarrollo) contra la exclusión social con programas preventivos, asistenciales, formativos, de inserción social y laboral a nivel local y también a nivel internacional.

✓ Además, debo citar la actividad empresarial en el sector, vinculada principalmente a la gestión de programas y servicios de carácter privado o concertado o incluso a recursos humanos.

Otras fuentes, como el Colegio de Trabajadores Sociales de Asturias ([www.trabajosocialasturias.org](http://www.trabajosocialasturias.org), 24 de junio de 2015) o el catálogo de salidas profesionales que ofrecen diferentes universidades, aportan nuevos campos de intervención:

- ✓ Planificación estratégica de servicios de bienestar.
- ✓ Análisis y desarrollo organizacional.
- ✓ Asesoramiento en la dirección de políticas de bienestar social.
- ✓ Marketing social.
- ✓ Comunicación e imagen en relación con temas sociales.
- ✓ Atención a situaciones de catástrofes y/o de emergencias.
- ✓ Defensa de los derechos humanos.
- ✓ Cooperación y solidaridad internacional (proyectos de desarrollo).
- ✓ Prevención de riesgos laborales.
- ✓ Mediación familiar.
- ✓ Terapia familiar.
- ✓ Counseling.
- ✓ Mediación comunitaria.
- ✓ Peritaje social.
- ✓ Gestión y dirección de servicios y equipamientos sociales.

La NASW, resumiendo la historia del Trabajo Social señala que, fruto del trabajo y de la lucha en estos campos, esta diversificación ha conllevado privilegios y beneficios para los ciudadanos. Algunos de estos logros han sido la lucha contra el abuso y el abandono de menores en las familias, la protección de todas las personas (independientemente de su sexo, raza, fe u orientación sexual) en el campo de los derechos civiles y la protección de las personas desempleadas en el ámbito laboral y de la seguridad social. También en el campo de la salud favorecieron la aparición de programas como “Medicaid” y “Medicare” (programas de seguro de salud para personas y familias de recursos limitados y seguro médico para personas mayores de 65 años o discapacitadas, respectivamente) (Department of Health and Human

Services of USA, [www.hhs.gov/programs/health-insurance/index.html](http://www.hhs.gov/programs/health-insurance/index.html), 20 de agosto de 2015).

Pese a todos estos aspectos favorables y al hecho de que los campos de intervención se diversifiquen hacia nuevos ámbitos, ampliando los horizontes de la práctica profesional, esto también ha traído una cierta confusión e intrusismo.

Esto ha debilitado la línea corporativa respecto a otras disciplinas, por eso el interés en mirar hacia los enfoques epistemológicos, sistemas teóricos, conceptuales y referentes metodológicos que fundamentan el Trabajo Social y en ver cómo esta teoría influye en su práctica diaria, en la relaciones con el recurso donde intervenga y con el resto de profesiones. Ya que no hay que olvidar que el Trabajo Social no tiene un ámbito de acción aislado si no que se debe contemplar desde una perspectiva integral y holística y que, lejos de tener un cuerpo teórico y de intervención estático, debido a la naturaleza de su objeto, vive en un constante proceso de construcción y de deconstrucción que obliga a los trabajadores sociales a mantener un estado de alerta formativa ante los constantes cambios que suceden en la sociedad.

#### **3.4.3. CAMPO DE ACTIVIDAD Y CONVERGENCIA CON LA SALUD.**

El Trabajo Social dentro del campo de la salud tiene su sentido y su desarrollo bajo la perspectiva de que las personas tienen derecho a una atención integral dentro del servicio sanitario. Amparado por la propia definición de salud que proporciona la OMS, es decir, desde el contexto biopsicosocial, interviene profesionalmente sobre dificultades de carácter psicosocial que inciden en la salud, tanto a nivel individual, grupal y comunitario. Esta intervención se tiene que desarrollar tanto de manera preventiva como sobre las consecuencias derivadas de la enfermedad.

Un primer ejemplo de cuando las Ciencias de la Salud y el Trabajo Social han trabajado conjuntamente ha sido en situaciones de grandes desastres como las provocadas por los conflictos bélicos. Una de las primeras la

podemos situar en la Guerra Civil que enfrentó a ciudadanos de Estados Unidos entre los años 1861 y 1865 y que promovió la acción de iniciativas privadas para la asistencia social, como la Comisión de Salubridad de EE.UU. (U.S. *Sanitary Commission*) y la Cruz Roja en 1881 (Red Cross) tras su fundación en Europa en 1859.

Más tarde, entre 1903 y 1905, en la ciudad de Boston, el Dr. Richard Cabot, desde el *Massachusetts General Hospital*, incorpora el Trabajo Social al ámbito sanitario como el primer servicio de Trabajo Social hospitalario, lo que contribuyó a dar a conocer y legitimar la nueva profesión que, por otro lado, perfilaba sus cimientos y se estructuraba como disciplina a partir de las aportaciones procedentes de la Escuela de Chicago (Garcés, 2010).

Esta primera incursión en instituciones específicamente clínicas continuó y posteriormente, en 1927, se contabilizaron más de 100 clínicas en USA dedicadas a asesorar sobre problemas con menores, que atendían equipos integrados por psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales que ofrecían su servicio para una clientela mayoritariamente de clase media, según señala la NASW (Tannenbaum y Reisch, 2001).

Es interesante señalar este aspecto por lo novedoso de añadir un perfil clientelar diferente que se puede permitir acceder económicamente a un recurso, alejándose de los perfiles tradicionalmente ligados a la pobreza. Paralelo al desarrollo de estas clínicas se inició el movimiento Cofre Comunitario (*Community Chest Movement*), basado en la caridad a nivel comunitario que luego dio origen al *United Way* y a los Consejos de Salud y Bienestar (*Health and Welfare Councils*).

Otro ejemplo de la influencia sanitaria en el continente americano, aunque esta vez en el sur del mismo, tiene que ver con la aparición de la primera Escuela de Servicio Social de América Latina, creada en 1925 en Chile. Ésta incorpora asignaturas de clara inspiración clínica como Puericultura, Higiene y Deontología, Atención de Enfermos o Dietética General, debido a la influencia y

dependencia de la Junta de Beneficencia de Santiago, institución que también se ocupaba de la administración de los hospitales.

Si antes mencioné a Alice Salomon como una de las figuras relevantes del Trabajo Social en Europa, cabe mencionar también a Irena Sender, quien formó parte de las “enfermeras visitadoras”, que combinaban la función de atención sanitaria con la asistencia social (Idareta-Goldaracena, 2012).

Como vemos, la relación del Trabajo Social con la Medicina se remonta casi a los orígenes del primero, especialmente en lo referido a su institucionalización académica.

En España, esta influencia médica fue parte inherente de la profesión en sus orígenes. La creación de la primera escuela de Trabajo Social se hace mediante el aliento impulsor de un médico, el Doctor Roviralta, en Barcelona en el año 1932 (Sanz, 2001).

En España la incorporación del Trabajo Social al ámbito hospitalario se inicia con la creación de los Servicios de Asistencia Social. Se desarrolla en el período de 1950 a 1960, catalogándose las funciones de los trabajadores sociales en los hospitales en la circular 28/1977 Instituto Nacional de Previsión con lo que se reconoce su labor dentro de equipos multiprofesionales. Prueba documental de esto es el hecho de que la historia social este incorporada a la historia clínica de la persona.

Dentro del ámbito de la salud mental, bajo el impulso de la reforma psiquiátrica de 1984, los trabajadores sociales se incorporan a los equipos suponiendo un importante impulso para el Trabajo Social Sanitario y reconociendo los beneficios para los usuarios y sus familias del tratamiento social.



Como señalaba en la introducción de este apartado, quizá el fundamento de la presencia y el sentido de lo “social” en un campo que hasta hace bien poco solamente tenía una perspectiva bioclínica lo aporte la OMS en la declaración de Alma-Ata de 1978. Es en este momento en el que se propone contemplar la salud, no como se había entendido tradicionalmente, como la ausencia de enfermedad, sino desde la perspectiva del “bienestar físico, psíquico y social”.

Este importante cambio no solamente es conceptual, como ya se había hecho anteriormente en la disciplina de salud pública. La importancia del contexto social supuso el reconocimiento en sí del carácter social de las disciplinas sanitarias y, en consecuencia, la necesidad de reorganizar la estructura de los sistemas sanitarios, para contemplar el abordaje de las intervenciones en salud desde una perspectiva interdisciplinar. Es desde aquí desde donde el Trabajo Social tendría que ser la disciplina de referencia del segmento social.

Si buscamos el punto de convergencia entre el objeto del Trabajo Social y el espacio profesional diferenciado que supone el ámbito sanitario, y donde éste tiene que ejercer su praxis, éste sería una intervención orientada a apoyar a las personas afectadas por cualquier proceso que influya negativamente en su salud, de cara a potenciar la recuperación de la misma o la normalización y/o adaptación social si esta no fuera posible. Esto tiene como objetivo el promover que el individuo consiga mantener un nivel de inserción social adecuado, autónomo y adaptado a su proceso, garantizando su participación y, por lo tanto, la toma de decisiones de la persona en este itinerario.

Cuando menciono “personas” no solamente me refiero al individuo, si no a su contexto relacional (familia, grupo de referencia o colectivo en el que desarrolla su actividad social normalizada) que tiene que resituarse ante los cambios que puede generar la enfermedad y que pueden llegar hasta la pérdida de la vida.

En la Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario de la Generalitat Valenciana (Agència Valenciana de Salut, 2012) proponen como definición la aportada por Ituarte: “El Trabajo Social Sanitario es la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud–enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que padecen en relación a las situaciones de enfermedad, tanto si influyen en su desencadenamiento como si derivan de ellas” (Ituarte, 2001).

Desglosando la primera aproximación realizada y la definición de Ituarte puedo intuir que la intervención social en salud tiene que contemplar una serie de características:

- ✓ El factor enfermedad, que genera una pérdida de capacidades y, en algunos casos, de recursos tanto personales como materiales/económicos.
- ✓ El factor tiempo, ya que se trata de situaciones que pueden ser imprevistas y, por lo tanto, sin definir su temporalidad, pudiendo llegar a ser definitivas, donde la búsqueda de una solución tiene que ser estable y asequible para la persona.
- ✓ Genera vulnerabilidad personal y social, requiriendo un abordaje inmediato para evitar situaciones de mayor desprotección y riesgo de inicio de procesos de exclusión.
- ✓ No son hechos individuales sino que afectan, además de a la persona, a sus redes familiares o sociales en cuyos ámbitos también hay que intervenir para conseguir una mejor integración de la persona.

Al tener este campo unas características determinadas y diferenciadas de otros, una de las preguntas que me hacía al comenzar esta investigación era si existiría algún modelo específico de intervención priorizado dentro de esta área concreta de trabajo y estudio. Como ya he comentado anteriormente, el problema de la elección teórica en Trabajo Social y la consolidación del proceso de construcción de la propia identidad en sí han tenido carencias derivadas de ser una profesión que prioriza la práctica frente a la construcción de teorías.

En el área de la salud esta dificultad se ha visto incrementada por la influencia y el peso jerárquico que otras disciplinas tienen en el campo sanitario y que tienen un cuerpo teórico consolidado.

Estos obstáculos, que siguen vigentes hoy en día, se están intentando abordar con la demanda de instrumentos (guías, protocolos, documentos marco, etc.) que favorezcan la sistematización de la intervención. Para que, desde la misma, se puedan impulsar evidencias científicas basadas en la investigación y el análisis, que sirvan para potenciar la construcción de la esencia identitaria de un Trabajo Social especializado en el ámbito sanitario. Sobre todo porque, además de una amplia y reconocida praxis profesional, también tiene una base epistemológica cada vez más consistente.

Una vez reconocido el campo específico de actuación con sus características, la definición singular, e incluso algunas de las dificultades en su construcción teórica, me parece interesante profundizar en los campos futuros del Trabajo Social Sanitario. Ya que, además de las características anteriormente señaladas, hay que mirar a estos escenarios venideros y plantear hipótesis sobre los cambios o riesgos sociales que tendrán un peso específico en la salud, qué tendencias marcan su abordaje y cuál será el espacio que el ámbito social de la salud, y por lo tanto el Trabajo Social, ocupará en estos nuevos escenarios.

En el siglo XIX y en los albores del XX, los avances científicos hacían soñar al hombre con volar, realizar viajes a la luna o con recorrer las superficies submarinas al más puro estilo relatado por Julio Verne. Hoy en día la cantidad de noticias sobre avances científicos ligada a la revolución de las nuevas tecnologías hace que, en el imaginario general de las personas, se espere que la enfermedad vaya asociada, en el futuro, a soluciones clínicas basadas en la aplicación de nuevos medicamentos y avances tecnológicos que resolverán, casi a modo igualmente de ciencia ficción, cualquier dolencia.

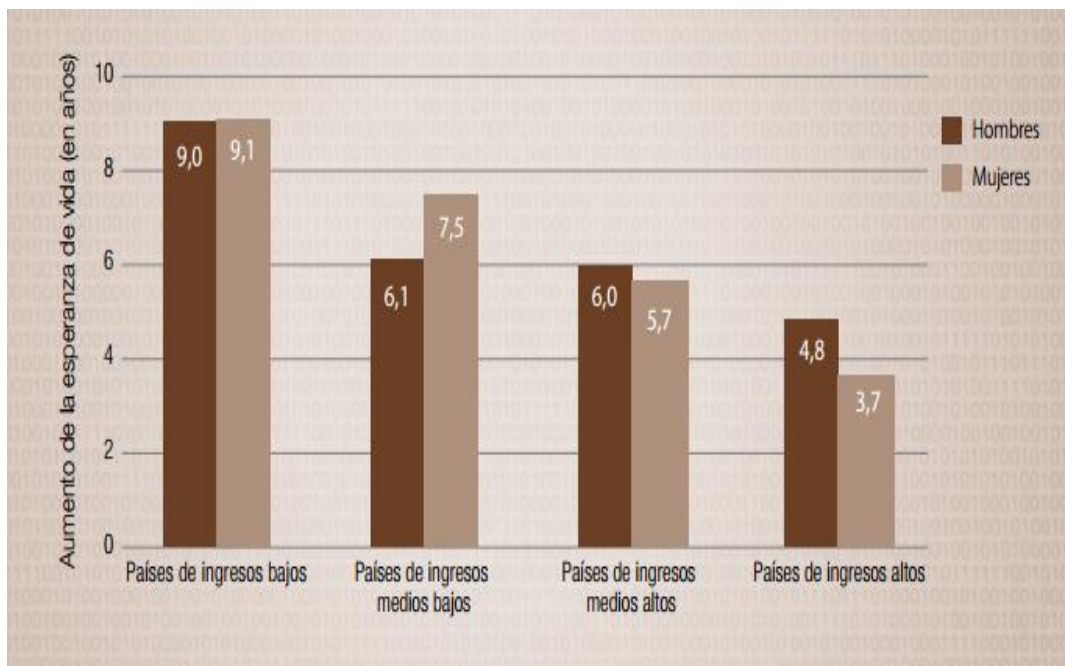
Dentro de estos escenarios de futuro existe un hecho que tenemos que contemplar de manera muy urgente en todos los países del mundo y más concretamente en el entorno Europeo: el aumento de la esperanza de vida y, consecuentemente, el envejecimiento de la población. Como corroboran las estadísticas, impulsado por los constantes avances clínicos y farmacológicos, vivimos y viviremos más y eso tiene consecuencias sobre nuestra calidad de vida y el entorno social en el que vivimos.

Tomando como fuente documental los datos que ofrece la OMS y que analiza la salud pública de 194 países, llegamos a la conclusión de que los individuos hoy en día disfrutan de una vida más larga, y esto se ha puesto más de relieve en las últimas décadas (OMS, 2012).

Un importante factor que ha contribuido a aumentar la esperanza de vida en los países de ingresos más bajos han sido los progresos en la reducción de las muertes infantiles, así como la reducción de las muertes por enfermedades infecciosas en los adultos. Esto se ha logrado a pesar de las pandemias, como la del Ébola o el VIH, que sigue afectando a muchos países de ingresos bajos del África subsahariana. Como es de esperar, el mayor aumento de esperanza de vida y los mayores progresos se han hecho en los citados países de ingresos más bajos, en los que la media de la esperanza de vida ha aumentado 9 años entre 1990 y 2012: de 51,2 a 60,2 años en los hombres, y de 54,0 a 63,1 años en las mujeres (OMS, 2014).

Figura 2

*Aumento de la esperanza de vida en años entre 1990 y 2012, por sexos y grupos de ingresos de los países del África Subsahariana.*



Fuente: OMS Informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

Tabla 14

*Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres en 2012 en los 10 países con mayores cifras.*

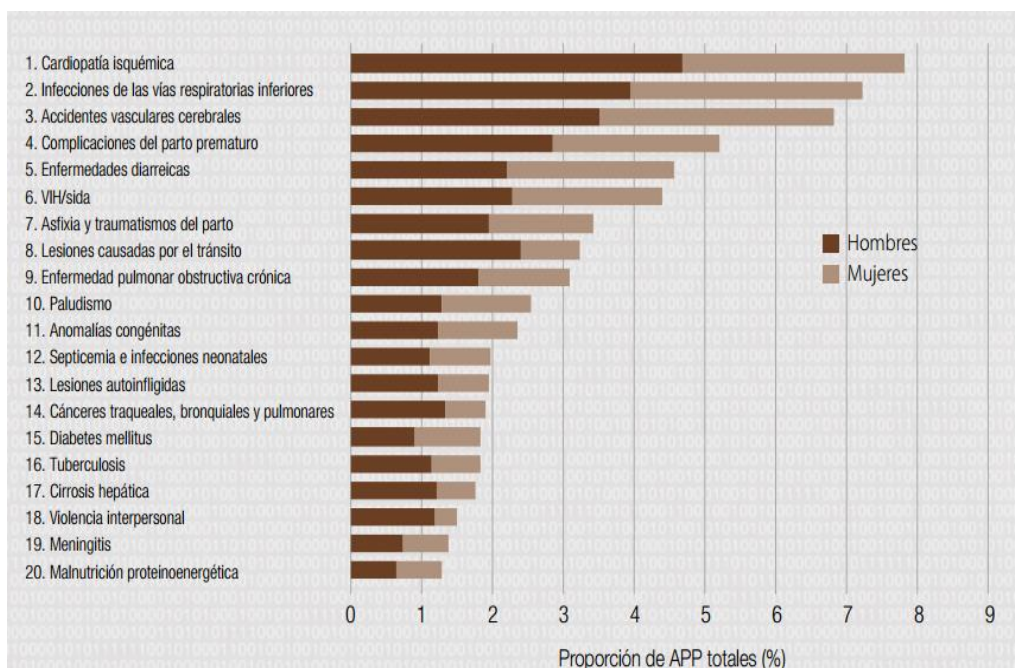
Hombres			Mujeres		
Orden	País	Esperanza de vida	Orden	País	Esperanza de vida
1	Islandia	81,2	1	Japón	87,0
2	Suiza	80,7	2	España	85,1
3	Australia	80,5	3	Suiza	85,1
4	Israel	80,2	4	Singapur	85,1
5	Singapur	80,2	5	Italia	85,0
6	Nueva Zelanda	80,2	6	Francia	84,9
7	Italia	80,2	7	Australia	84,6
8	Japón	80,0	8	República de Corea	84,6
9	Suecia	80,0	9	Luxemburgo	84,1
10	Luxemburgo	79,7	10	Portugal	84,0

Los países con menos de 250 000 habitantes se han omitido debido a la incertidumbre de las estimaciones de la esperanza de vida.

Nota: Recuperado de OMS Informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

Gráfico 1

*Las 20 primeras causas de muerte prematura de hombres y mujeres a nivel mundial, 2012.*



Nota: Recuperado de OMS Informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014.

Como se puede observar se ha producido un desplazamiento de las muertes prematuras por enfermedades infecciosas hacia las debidas a enfermedades no transmisibles y lesiones, invirtiendo así la tendencia tradicional. Aunque esto es así, a rasgos generales, esta transición epidemiológica depende de la región del mundo donde nos encontremos, siendo más común en la zona europea, de ingresos más altos. Mientras que en la región africana el 70 % de los años de vida perdidos (APP) se deben a las enfermedades infecciosas o de carácter materno, neonatal y nutricional contrastando con el 8% que supone esto en la zona europea (OMS, 2014).

Como se deduce de esto, Europa y España, consecuentemente, envejecen “saludablemente” y esto supone un esfuerzo de cara a imaginar espacios de intervención individuales, familiares, grupales y comunitarios desde el punto de vista social.

Por otro lado, aunque afecta directamente al escenario futuro descrito, el concepto de cuidado de la salud deja de ubicarse exclusivamente en el recurso físico clínico, saliendo “fuera” del mismo.

La salud de los individuos va a venir determinada, no solamente por la enfermedad, si no por los hábitos de salud practicados, ya que estos se encuentran en la base etiológica de las enfermedades con mayor prevalencia en nuestros días. Aquí es donde entra en juego, también, el contexto y los recursos personales y materiales con los que cuenta la persona.

Hay que contemplar el concepto de prevención y no refiriéndose exclusivamente a la primaria, sino también incluyendo la prevención secundaria, terciaria e incluso la denominada prevención cuaternaria, que es la que tiene que ver con las recaídas. En este último aspecto también los trabajadores sociales tenemos que tener un papel activo, ya que la vuelta de las personas a su contexto social habitual, a veces, y sobre todo en población vulnerable (dependientes, menores, personas con adicciones, etc.) o en exclusión, hace difícil recuperaciones adecuadas del estado de salud, o simplemente su entorno, físico y relacional, pueden ser factores que favorezcan deficitaria recuperación o una posible recaída (Gérvás, Gavilán y Jiménez de Gracia, 2012).

Cuando la patología se pone de manifiesto, acciones como las de mantener unas pautas adecuadas de autocuidado, la adhesión terapéutica a los tratamientos, la evitación de conductas o espacios de riesgo o la adaptación del medio ambiente, entre otras, supondría acciones irrenunciables para asegurar el control de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de la persona.

Simplemente con el deseo de abrir caminos de reflexión futura me he detenido, entre los muchos indicadores de posibles nuevos escenarios de cambio y de posible intervención, en el envejecimiento y en el abandono de los espacios de atención tradicionales, ya que considero que estos factores incidirán en los escenarios de intervención en salud de una manera casi irreversible.

No obstante es fácil no olvidar otras realidades que abren, cada una de ellas, por separado, debate y líneas de profundización como las derivadas de cualquier enfermedad relacionada con la dependencia o la discapacidad y que necesitan de manera irrenunciable e ineludible, un abordaje biopsicosocial de su intervención.



Me permitiré recordar un apunte de la propuesta de definición global de la FITS: “La legitimidad y el deber del Trabajo Social consisten en la intervención en aquellos puntos donde las personas interactúan con su entorno. El medio ambiente incluye diversos sistemas sociales, donde las personas se encuentran en un entorno geográfico y natural, que tiene una profunda influencia en la vida de las personas. La metodología participativa del Trabajo Social se centra en ‘involucrar a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar’ ” (FITS, 2014).

El Trabajo Social tiene su lugar en este entorno, en el medio ambiente que puede influir de manera positiva en el individuo y su red de cara a su recuperación, adaptación o, si no se aborda, incluso para el empeoramiento de su situación.

Sobre este tema del envejecimiento progresivo de la población hay numerosa literatura y supondría material para nuevas vías de investigación por sí solo. Se abre un nuevo escenario relacionado con el estado de salud de estas personas que tienen mayor esperanza de vida y que cambiarán cuantitativa y cualitativamente la estructura social. Por un lado se producirá un aumento en el número de personas mayores que demandarán mayor número de recursos y, por otro, la población tendrá mayor capacidad de participación y de decisión para generar nuevas respuestas a estas demandas.

## **CAPÍTULO 4. PRINCIPALES MOVIMIENTOS CIENTÍFICOS, INTELLECTUALES E IDEOLÓGICOS Y SU INFLUENCIA SOBRE EL TRABAJO SOCIAL.**

### **4.1. INTRODUCCIÓN.**

Dando una vuelta al pensamiento orteguiano plasmado en su “Historia como sistema” (Ortega y Gasset, 1941) podría decir que el Trabajo Social no tiene naturaleza, sino historia. Es decir: un sistema de las experiencias que forman una “cadena inexorable y única” y que habrían dado como resultado lo que hemos sido, lo que somos y lo que pretendemos ser como disciplina científica y profesión. Por este motivo voy a realizar un recorrido esquemático por la historia, buscando un sentido más ontológico que descriptivo de estas experiencias que serán trascendentes para “mirar” el Trabajo Social, en un primer plano y posteriormente su concreción en el ámbito sanitario.

Un objetivo relevante de esta investigación es la de reseñar los modelos que describen utilizar, en su práctica profesional cotidiana, los trabajadores sociales sanitarios. El objetivo de ello es poner en relevancia la interacción de la teoría y la praxis dentro de un campo con una larga trayectoria histórica como es el de la salud, intentando aproximarme a las cuestiones de cómo conocen lo que conocen y que métodos usan para obtener este conocimiento.

Contestar, o por lo menos reflexionar, sobre estas cuestiones es necesario para que la intervención plasmada en los métodos y técnicas no se encuentre inconexa de concepciones teóricas y se convierta en mero activismo.

Ejemplos del entramado conceptual que han influido en el desarrollo de corrientes de pensamientos son la tradición y la costumbre como modo de transmisión de autoridad, el cientifismo con la búsqueda de la posibilidad de predicción y de control o la mirada más crítica que potenció la perspectiva comunitaria y el trabajo desde las potencialidades de los sujetos. A su vez, todos estos factores han generado modelos con los que la profesión,

históricamente, se ha ido reinventando y posicionando frente a su objeto de intervención y desde donde ha ido construyendo los medios y modos pertinentes de atender a las nuevas demandas.

El Trabajo Social, como disciplina de la ciencia social, y, de modo más concreto, el que se desarrolla en el ámbito sanitario, enfrenta problemas epistemológicos específicos que surgen de las demandas particulares que impone el conocimiento de situaciones o problemas específicos. Relacionados éstos con el objeto particular de estudio (la persona, grupo y/o comunidad y la enfermedad) que se encuentra en un espacio de intervención donde predominan las disciplinas de las Ciencias de la Salud.

Desde una perspectiva histórica, el Trabajo Social tiene, como disciplina relativamente joven, una herencia amplia de aportaciones que terminarán influyendo en el proceso de formación de la Teoría del Trabajo Social.

He querido, antes de abordar el tema de los modelos sobre los que se ha preguntado en la investigación, realizar un breve recorrido por algunas de las influencias que ha ido incorporando al Trabajo Social. Éstas provienen de la Religión, como el Cristianismo, de la Filosofía, donde sitúo principalmente las corrientes Humanistas y de la propia Economía, con las influencias del liberalismo económico. También han tenido gran importancia las Ciencias Sociales con el positivismo, el funcionalismo, etc. Por último, la influencia de la Psicología, sobre todo con el giro interpretativo sobre la noción de sujeto que aportó el psicoanálisis.

Para un mejor análisis y explicación del fenómeno es conveniente aproximarse a la época y al contexto en el que surge y se va construyendo el Trabajo Social.

Es ineludible considerar los cambios que ocurren en el mundo occidental en el siglo XIX. Cambios que, en su conjunto, tuvieron como consecuencia la transformación de un régimen feudalista, con un modelo de producción

artesanal, en un modelo de aplicación de la maquinaria y el paso a un régimen capitalista (Chaves, 2004).

El origen de los cambios se sitúa en Europa, concretamente en Inglaterra, desde donde el proceso de industrialización se extendió a los países continentales de Europa y Estados Unidos. Los primeros pasos fueron dados por Bélgica, Francia y los Estados Alemanes, en Europa, y por los Estados Unidos.

En la Revolución Industrial, el desarrollo del ferrocarril y los barcos de vapor facilitaron los transportes y la expansión del comercio al abaratar los costes. Todo esto facilita la emigración y, en consecuencia, un aumento demográfico que tiene su mayor ejemplo en Estados Unidos. En 1860 dicho país pasó de tener 5 millones de habitantes a tener 30, y un traslado de la población desde el ámbito rural al urbano dando lugar a la formación de grandes ciudades.

Con este desarrollo también aparecen nuevas tensiones y conflictos en la sociedad de esa época y, como consecuencia, también la necesidad de controlar esas tensiones sociales y buscar soluciones que resuelvan o disminuyan sus efectos negativos.

Para ello se proponen diversas medidas desde un Estado Liberal, que tiene que asumir un papel más activo. Esto propicia la aparición, en algunos países, de los primeros sistemas de Previsión Social y las primeras legislaciones laborales. También las instituciones privadas que desarrollaban acciones de ayuda o caridad y que basaban su acción en la buena voluntad de las personas, comienzan a aplicar procedimientos científicos, desarrollando programas de ayuda.

En esa época, Europa vive el punto culminante de un proceso que cambió las estructuras sociopolíticas, económicas e ideológicas de la humanidad y que sirve de base para el nacimiento del Trabajo Social como profesión.

Desde entonces esta disciplina se tiene que recrear, reinventarse constantemente, como no puede ser de otro modo, ya que se nutre de manera directa de una realidad social dinámica y en constante devenir. Pero también se construye como disciplina científica desde las influencias que provienen de las corrientes de pensamiento, paradigmas y teorías que han tenido, y tienen, influjo en la manera de afrontar y entender la intervención social, contribuyendo, estos escenarios de dinámica complejidad, al desarrollo de su teoría, metodología y práctica.

Para comprender el porqué de esta reflexión epistemológica, se requiere una comprensión de las premisas fundamentales que subyacen al Trabajo Social como disciplina y profesión, de las orientaciones que han influido en su construcción y que definen el carácter de su quehacer investigativo y las formas de intervención y de concebir los problemas sociales.

La manera de concebir el mundo de forma general es lo que nos aportan las diferentes escuelas filosóficas. Es, desde estas perspectivas, desde donde surgen modelos para explicar y entender, de una manera lógica, la realidad.

El Idealismo, Empirismo, Racionalismo, Materialismo y Realismo son las miradas, las bases filosóficas desde las que se han desarrollado posteriormente modelos y teorías.

Antes de la descripción de los modelos sobre los que indagaré en esta investigación, creo que corresponde describir ahora las principales influencias en la evolución del conocimiento y práctica del Trabajo Social.

La perspectiva religiosa, y más concretamente la proveniente del Cristianismo, tuvo una gran influencia en la etapa previa, desde los orígenes del Trabajo Social llegando hasta la actualidad. Hoy en día siguen existiendo una fuerte presencia de ONGs y movimientos asociativos que desarrollan acciones basadas en la Doctrina Social Cristiana.

Sintetizando, podría señalar tres principios o ideas centrales dentro de esta doctrina:

- a) “Todos los hombres son hermanos” o “forman parte de un mismo cuerpo”, lo que nos lleva a una idea de igualdad y a admitir que todos tienen los mismos derechos.
- b) La obligación de practicar la caridad con los más pobres.
- c) “La Justicia Social”.

El concepto de “Justicia Social” aparece formulado por primera vez en 1840 por el sacerdote italiano Luigi Taparelli d’Azeglio, en el libro titulado “Ensayo teórico del derecho natural apoyado en los hechos”, publicado en Livorno, Italia, en el año 1843. En dicho trabajo expone que la justicia social debe igualar, de hecho, a todos los hombres en lo tocante a los derechos de la humanidad. El concepto ha evolucionado y sigue presente teniendo en la Encíclica *Gaudium et Spes* (Alegría y Esperanza), emitida en el transcurso del Concilio Vaticano II (1962-1965), una especial importancia ya que en éste expresa que “existe justicia social cuando la sociedad posibilita que cada persona, asociación o pueblo, disponga de los medios necesarios según su naturaleza y condición, para poder desarrollarse plenamente; a esto se le denomina bien común” (Concilio Vaticano II, GS 26,1; 74,1, 1965).

Estas ideas toman más fuerza a partir del siglo XIX con la Revolución Industrial. Al romperse las estructuras sociales feudales el incremento de población en torno a las fábricas da lugar a la aparición de las grandes ciudades. Las iglesias cristianas se preocupan de potenciar estas respuestas desde la creación de instituciones de beneficencia que intentan solucionar las nuevas situaciones de desigualdad y pobreza generadas por una estructura social y política injusta.

Aunque existían respuestas caritativas a la pobreza desde la Edad Media, en el siglo XIX se genera una especial preocupación por la organización de la caridad. Desde ese momento, el Cristianismo, comienza a desempeñar un rol fundamental en la organización de los sistemas de Asistencia Social, creando instituciones de beneficencia donde actúan los primeros trabajadores sociales.

El concepto de Justicia Social ha ejercido una importante influencia, desde la ética utilitarista de John Stuart Mill a los movimientos socialdemócratas o, al quedar incorporado al documento de constitución de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), como fundamento del todo indispensable para la paz universal (Murillo y Hernández-Castilla, 2011).

Si la Justicia Social nace desde una perspectiva religiosa, en los siglos XV y XVI alcanza su mayor esplendor el Renacimiento, que traslada la visión teocéntrica a una concepción antropocéntrica del mundo. El hombre es ahora el centro. Se plantea una mirada a la cultura grecolatina y se propone una exaltación de los valores humanos y del género humano.

Se da un auge de la cultura, del deporte y de las artes en general. El desarrollo de la imprenta impulsa esta transformación. Con este impulso empiezan a editarse libros, no solo en latín sino en las lenguas populares, consiguiéndose una mayor difusión de los mismos. Unido a esto aparece la fundación de nuevas universidades. Algunos de los nombres más importantes son Erasmo de Rotterdam, Tomás Moro, Nicolás Maquiavelo, Luis Vives o Antonio de Nebrija.

A pesar de que estas son las figuras más representativas del Renacimiento, el Humanismo no se limita a este intervalo de la historia y no se desarrolla como una corriente de pensamiento unitario. A través del tiempo, se vienen desarrollando diversas filosofías denominadas humanistas que influyen en las Ciencias Sociales y en el desarrollo del Trabajo Social (Miranda, 2004).

Esta influencia se traslada a la manera de entender las relaciones del profesional con la/s persona/s. La persona, el usuario, es el centro de la atención profesional y la conducta profesional del Trabajo Social debe estar orientada hacia el impulso, desarrollo y promoción de la persona.

Más tarde, también con una visión que se sitúa frente a la interpretación y justificación de los fenómenos desde la base religiosa, surge el Positivismo o Paradigma Explicativo con su Modelo Racional como modo de oponerse,

desde el conocimiento, las matemáticas y la lógica a estas posiciones metafísicas y teológicas. Esta corriente ha tenido gran influencia en las Ciencias Sociales en su conjunto y en el Trabajo Social en particular.

Es un Paradigma Explicativo que se centra en lo empírico y que intenta predecir y explicar la conducta humana. Apuesta por el método hipotético-deductivo y por metodologías cuantitativas. Sus teorías principales son el Funcionalismo (Emile Durkheim), Estructuralismo (Claude Levi-Straus y Roland Bathes), Estructural Funcionalismo (Talcott Parsons), Conductismo (John B. Watson), Psicoanálisis (Sigmund Freud) o la Teoría General de Sistema (Bertalanffy). Algunos de los conceptos básicos que aportan son los sistemas de acción social, la institucionalización de normas, la estratificación u estructuras sociales y el cambio social (Ponce de León y Fernández García, 2009).

El conocimiento en Trabajo Social, inicialmente, se realiza partiendo de la observación. Adoptando, también, algunos procedimientos como uso de datos estadísticos y aplicación de encuestas que llevan a mejorar el análisis del caso y a la elaboración de un diagnóstico y tratamientos sociales, aspecto este ya señalado por Mary Richmond en 1917 cuando publicó “Diagnóstico Social”.

El Paradigma Comprensivo o Interpretativo surge reconociendo la subjetividad como marco de referencia desde donde el sujeto construye la realidad. Frente a la visión técnica del Positivismo, que analizaba desde la mirada supuestamente objetiva de las ciencias naturales, aparece una visión subjetiva. En ésta el investigador se ve como actor que forma parte de la vida social y el propio sujeto observado es un intérprete de esta realidad participando constantemente en su construcción y deconstrucción (Stein, 1992).



Se persigue la “interpretación” antes que la “explicación científica” que se pretende en las ciencias naturales. Darle sentido a la realidad a través de la comprensión y la interpretación ya que las acciones no pueden observarse de la misma manera que los objetos naturales. Las motivaciones que le llevan a un actor social a realizar una acción solo pueden ser interpretadas ya que el significado real asignado solo lo conoce quien realiza el hecho, siendo estos significados ininteligibles para otras personas.

Frente a la individualidad y la realidad dada, entienden que la realidad es múltiple, holística y que las relaciones están influenciadas por factores subjetivos.

El concepto de ciencia social interpretativa es la realidad múltiple, el significado subjetivo, la interacción sujeto–objeto, la comprensión del fenómeno y la verdad como significación de la realidad. Este concepto incluye diversidad de posiciones. La Fenomenología (Edmund Husserl), el Interaccionismo Simbólico (Mead y Blumer), la Etnometodología (Harold Garfinkel), la Etnografía (Mead y Malinowski), la Hermenéutica (Gadamer-Ricoeur), el Pensamiento Complejo (Edgar Morin), el Construccinismo Social (Berger y Luckmann) y el Constructivismo (George Kelly) son algunas de sus teorías principales (Hollis, 1998).

El Paradigma Socio-crítico, también nombrado como Marxista, fue desarrollado por la Escuela de Frankfurt. En esta escuela se observa que la influencia del Positivismo ha llevado a abordar el conocimiento desde una racionalidad instrumental y a los problemas como cuestiones técnicas. Miran la ciencia desde la acción ya que observan la realidad como algo dinámico e histórico, una realidad múltiple que se construye desde la acción reflexiva y transformadora de los otros, desde la producción y reproducción de las relaciones humanas. El objeto no es ya solamente el sujeto, sino la sociedad en sí, con su estructura y función. El método desde donde abordar una realidad en constante movimiento, desde donde tener una perspectiva de globalidad, es el Método Dialéctico (Guzmán, 1992).

Algunos conceptos de los básicos del Paradigma Socio-crítico son: modos de producción, relaciones de producción, fuerzas productivas, procesos de producción, infraestructura, estructura ideológica, clases sociales, lucha de clases, comunicación, intereses constitutivos del conocimiento.

Dos vertientes importantes son la del Materialismo Histórico Dialéctico (C. Marx) y la Teoría Acción Comunicativa (Jürgen Habermas).

En el siglo XX aparecen importantes progresos que llegaron de las disciplinas de la psicología y la psiquiatría, concretamente la aparición del psicoanálisis. Éste genera una revolución, presentando una nueva interpretación de la conducta humana, rompiendo con la noción de sujeto objetivo como sinónimo de organismo humano viviente, propio de un enfoque empírico-positivista, y que se entiende desde lo biológico y en relación con el contexto social. Ahora el objeto es subjetivado y se enfatiza el análisis de los factores intrapsíquicos de la persona. Desde la visión del ser humano como el ser racional donde la predicción y explicación de su conducta venía de la observación empírica, se pasa a una visión donde el ser humano es concebido como un ser que actúa a veces sin control, influenciado por motivos y pulsiones que desconoce, y que se encuentran fuera de su voluntad (Calvo, 2010).

Con el psicoanálisis nos encontramos frente a un nuevo camino de conocimiento de la conducta humana y, por lo tanto, ante una nueva forma de intervención.

Sus descubrimientos influyen marcadamente todas las disciplinas humanas y aportan al Trabajo Social un cambio en el enfoque de orientación sobre cómo abordar problemas sociales. Desde el psicoanálisis se da prioridad a los aspectos psicopatológicos de la conducta de la persona y a la relación terapéutica como instrumento principal del tratamiento, haciendo que se inicie el recorrido que comienza con una visión de ser humano-sociedad hacia una perspectiva biopsicosocial.

## **4.2. PRINCIPALES MODELOS DE INTERVENCIÓN EN EL TRABAJO SOCIAL.**

No existe un único modelo en Trabajo Social, al igual que tampoco existe en Psicología, Sociología, Economía y otras disciplinas. He intentado realizar un breve enmarque sobre algunas de las principales influencias que ha tenido la teoría del Trabajo Social. A esto hay que sumar una multitud de marcos teóricos, conocimientos, conceptos y la enorme suma de experiencias que se dan en el desarrollo de la práctica, lo que genera una importante dificultad para organizar este conocimiento adecuadamente en un sistema teórico.

Respecto a la práctica profesional como fuente de conocimiento cabe señalar que una profesión que vive su día a día en contacto con la realidad social y, sobre todo, entre la demanda cambiante de las personas y de los propios marcos donde desarrolla su actividad, corre el riesgo de quedarse en el “activismo” o en la gestión de soluciones-recursos. Sin trabajar desde la reflexión de las nuevas tendencias y corrientes de la práctica social, si no se tiene en cuenta los modelos de referencia para elaborar diagnósticos, corremos el riesgo de trabajar desde el empirismo y la improvisación. Lo cual sería contentarse con trabajar desde el “arte” (Moix, 1991), desde el fin sin que exista intención de construir patrones, guías, que permitan la reflexión y comparaciones cuando se realicen futuras intervenciones.

Como comentaba en el punto anterior, la mirada epistemológica que tengamos nos llevará a un tipo de modelo y una práctica determinada. La elección del modelo también nos dará el tipo de visión que imprimirá el Trabajo Social en su intervención. Podría ir orientada a la resolución de problemas, favorecer el cambio social o el empoderamiento del objeto de la intervención como señala Payne (1995), quien utiliza esta visión para realizar la clasificación de las teorías.

Además, los cambios que han ocurrido en la sociedad son cada vez más rápidos y requieren de nuevas formas de comprender e intervenir. En el campo de la salud, esta velocidad de cambio también ha traído nuevas soluciones a las enfermedades pero también nuevos enfoques no exclusivamente técnicos. Esto sitúa al Trabajo Social en un contexto extremadamente complejo.

Por lo expuesto, creo importante dar a conocer el concepto de modelo, las críticas que se le hacen así como la aplicación de dicho esfuerzo a la labor de estos profesionales.

Si antes he abordado la complejidad del concepto de salud, ahora, para poder llegar al Trabajo Social en el ámbito de la salud, creo conveniente abordar su complejidad conceptual como una disciplina que modula su intervención para adaptarse a los cambios y dinámicas sociales y a los problemas y necesidades que se originan en el seno de una sociedad y de un ser humano en constante evolución.

Todo esto da una perspectiva integral y holística desde la que tenemos que conocer los enfoques epistemológicos, sistemas teóricos, conceptuales y referentes metodológicos que fundamentan el Trabajo Social. ¿Cómo afecta la teoría del Trabajo Social a su práctica, especialmente en el ámbito sanitario? ¿Cuál es el código ético y deontológico de un trabajador social y cómo influye en este ámbito?

¿Estos cambios dentro del campo de la salud, y con el predominio de visiones clínicas, se realizan como ajuste plástico? o por el contrario ¿son adaptaciones no consensuadas a las que tiene que amoldarse el Trabajo Social?

El Trabajo Social tiene un momento de evolución y desarrollo importante en 1917, cuando Mary Richmond publica su obra originalmente titulada “Social Diagnosis”. En un momento donde la influencia de la corriente positivista gira en el modo de afrontar la intervención social que se realizaba desde orientaciones de carácter espiritual o religioso y basándose en la experiencia y el sentido común, hacia otra manera de acercarse al conocimiento y la acción basada en la aplicación del método científico.

Desde este momento, y con más intensidad, el Trabajo Social (como profesión, objeto de estudio, fuente epistemológica, modelo, metodología y ámbito de intervención) comienza a fundamentarse, no solo en su práctica, sino, teórica y metodológicamente, en las aportaciones de otras disciplinas.

De hecho, es el “modelo médico” el que aplica Mary Richmond en su intervención social. Desde ahí fue evolucionando y dotándose de una metodología propia hasta perfilarse los denominados métodos clásicos del Trabajo Social: el Trabajo Social individual, el Trabajo Social grupal y el Trabajo Social comunitario. (Moix, 1991).

Con el desarrollo de las Ciencias Humanas, en la década de 1950, toman protagonismo diferentes corrientes teóricas como el Psicoanálisis, el Conductismo, el Cognitivismo, el Funcionalismo, el Estructuralismo, la Teoría de los Sistemas, el Humanismo o el Existencialismo.

De manera especial, el Trabajo Social anglosajón se deja influir por estas teorías sociales para entender los cambios y problemas sociales, buscando componentes metodológicos que orienten su intervención.

Con estas influencias se desarrollan diferentes modos de comprender el objeto de estudio y, en consecuencia, de desarrollar la práctica.

Los métodos clásicos de caso, de grupo y comunitario pasaron a ser entendidos como niveles de intervención, puesto que podían ser utilizados en la solución de un mismo caso social.

En este contexto, aparecen y se desarrollan los modelos en Trabajo Social. Éstos tienen la intención de realizar una síntesis explicativa de las diferentes prácticas profesionales que se estaban utilizando, aglutinándolas en conceptos donde se puedan reflejar y comparar, como ya se realizaba en otras disciplinas.

Existen diferentes autores que han realizado clasificaciones de aquellos modelos que han ejercido una mayor influencia en la práctica profesional del Trabajo Social: Payne, Du Ranquet, Hill, Moix, Viscarret, etc.

Hay que tener en cuenta que cualquier clasificación lleva consigo una limitación y una pérdida de información, pero también es cierto que facilita el orden de la misma. Por este motivo he optado por utilizar, como referente, la clasificación de Viscarret (2009). El esquema que presenta para abordar el contenido conceptual del modelo, la naturaleza de la intervención, la relación del trabajador social con la persona que necesita apoyo y la concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema me ha parecido sintético y adecuado.

Estos mismos modelos, añadiendo alguna perspectiva teórica más que me ha parecido pertinente, son los que aparecen en los cuestionarios con el objetivo de investigar su conocimiento y aplicación personal o institucional desde el ámbito o dispositivo de intervención profesional.

Estos modelos serían los siguientes:

- ✓ Modelo psicodinámico
- ✓ Modelo de modificación de conducta
- ✓ Modelo de intervención en crisis
- ✓ Modelo centrado en la tarea
- ✓ Modelo ecológico
- ✓ Modelo humanista / existencialista
- ✓ Modelo crítico / radical
- ✓ Modelo de gestión de casos (“case management”)
- ✓ Modelo sistémico

El objeto de señalarlos en este capítulo no es aclarar el concepto de “modelo” ni profundizar en ellos, aspecto éste que, huelga decir, queda fuera del ámbito de esta investigación, sino el de plasmar algunos rasgos comunes y diferencias de los modelos que se utilizan, habitualmente, en el Trabajo Social.

Tabla 15  
Modelos de intervención en Trabajo Social.

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO PSICODINÁMICO</b>	<p>La teoría psicoanalítica trata de intervenir en el estado «interno» del individuo con el fin de cambiar la conducta «externa».</p> <p>El objetivo es hacer conscientes los conflictos inconscientes y desde ahí mejorar el funcionamiento general de las personas.</p>	<p>Mejora de las relaciones interpersonales y de las situaciones vitales del cliente (Psicoanalítico).</p> <p>El método que propone el Trabajo Social Funcional no es un estudio o un diagnóstico del cliente: individuo, grupo, familia o comunidad, sino movilizarle por medio de sus propias capacidades.</p> <p>Utiliza el término «proceso de apoyo» y frente al de «tratamiento» empleado en el diagnóstico social de corte psicoanalítico.</p> <p>Problema actual (presente): apoyar a resolver la dificultad actual y facilitar un cierto aprendizaje (Resolución de problemas).</p>	Relación profesional terapéutica (profesional-paciente-cliente).	Visión patológica de la persona y de su problema.	<p>El «diagnostic casework» va ligado al concepto de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>El «funcional casework» rechaza el concepto de cliente como paciente y apuesta por la resolución de los problemas desde las propias capacidades de las personas, así como en su capacidad de crecimiento.</p>	<p>El modelo funcional (functional casework). Robinson 1930.</p> <p>El modelo psicosocial, (Woods y Hollis (1964), que fueron continuadores de la teoría del diagnóstico realizada por Gordon Hamilton (1950).</p> <p>El modelo de resolución de problemas (Perlman, 1957).</p>



	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA</b>	<p>Este modelo se centra principalmente en la conducta y sus aspectos aprendidos. Las conductas se aprenden mediante un proceso de condicionamiento por lo que son susceptibles de ser modificadas.</p> <p>Este aprendizaje depende de los estímulos que reciba del medio.</p>	<p>Los objetivos de la intervención se basan en conseguir, eliminar disminuir, acotar o potenciar ciertas conductas.</p> <p>Modificara comportamientos inadaptados por otros comportamientos adaptados.</p>	<p>Relación terapéutica (profesional-paciente-cliente). Relación de colaboración con el paciente-cliente quien participa de manera más autónoma en la elaboración del proceso de aprendizaje</p>	<p>Focaliza su intervención en los problemas más que considerar al paciente como el problema.</p>	<p>-Modificación de conducta.</p> <p>-Estímulos.</p> <p>-Refuerzos.</p> <p>-Aprendizaje.</p> <p>-Metas terapéuticas.</p> <p>-Refuerzo positivo.</p> <p>-Concatenación.</p> <p>El aprendizaje observacional y el aprendizaje social.</p> <p>Contrato de contingencias y contrato social.</p>	<p>Teoría del aprendizaje instrumental operante (Skinner, 1938).</p> <p>Teoría del aprendizaje social o aprendizaje por observación (Bandura, 1973).</p> <p>Teoría del aprendizaje cognitivo (Ellis, 1975).</p>

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS</b>	Este modelo se dirige a ayudar al individuo, familia o grupo que experimenta un suceso traumático, apoyándole desde la movilización de sus propios recursos para superar este suceso y recuperar su estabilidad vital.	<p>Centrada en el presente.</p> <p>Activa. Directiva. Estructurada.</p> <p>Dirigida al aprendizaje Respuesta rápida y breve (terapias breves de intervención).</p> <p>Intervención centrada y estructurada con total disponibilidad del trabajador social durante la fase de crisis (límites temporales no prolongados).</p> <p>Utilización de un contrato con el fin de movilizar a la persona.</p>	<p>Relación terapéutica basada en la autoridad del profesional-paciente-cliente.</p> <p>Relación directiva y activa basada en la autoridad del profesional durante el proceso de intervención.</p>	Creencia de que cada persona tiene capacidades y habilidades propias para poder hacer frente a los problemas.	<p>-Crisis/problemas.</p> <p>-Resolución adaptativa.</p> <p>-Terapias breves de intervención.</p> <p>-Entorno y medio ambiente.</p>	<p>Swanson y Carbon (1998).</p> <p>Howard Parad (1965).</p> <p>Lydia Rapoport (1970).</p> <p>Naomi Golan y Kieran O' Hagan.</p>

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO CENTRADO EN LA TAREA</b>	<p>Intervención a corto plazo desde un diseño de la tarea no prolongada en el tiempo y sencilla, que realizan de manera conjunta el trabajador social y la persona.</p> <p>Dentro de un tiempo definido, el cliente y el trabajador social realizarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Una selección de un problema como problema diana.</li> <li>-Una definición y utilización de las tareas para abordar la revisión y negociación del proceso.</li> </ul>	<p>Exploración y diagnóstico de los problemas actuales que el usuario detecta (intervención sobre el presente), priorizando, a continuación, sobre cuáles y como intervenir.</p> <p>Elementos principales en los que se apoya la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La delimitación del problema, (elección problema diana).</li> <li>▪ Los objetivos (realizables, observables y evaluables).</li> <li>▪ Límite del tiempo (no más de doce sesiones o tres meses de trabajo conjunto).</li> <li>▪ Las tareas: medio de superar dificultades, evaluar y aprender nuevas estrategias.</li> <li>▪ El contrato: acuerdo trabajador social-usuario con el objetivo de realizar cambios.</li> </ul>	<p>Relación trabajador social-usuario (no paciente).</p> <p>Posicionamiento profesional desde el asesoramiento y respeto, no directivo.</p> <p>Intervención democrática.</p> <p>El usuario toma las principales decisiones.</p>	<p>Intervención sobre los problemas definidos por los propios usuarios, no por el trabajador social.</p> <p>Enfoque de la intervención desde la corresponsabilidad trabajador social-usuario.</p> <p>Busca el cambio en el problema no en la personalidad.</p> <p>Busca mejorar la confianza, capacidades y fortalezas (método optimista).</p>	<p>-Usuario.</p> <p>-Contrato.</p> <p>-Problema diana.</p> <p>-Intervención democrática.</p>	<p>William Reid y Ann Shyne, a finales de los años sesenta.</p>

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO ECOLÓGICO</b>	<p>El desarrollo humano se produce en una continua adaptación entre el individuo y sus entornos inmediatos y por otros contextos de mayor alcance en los que están incluidos esos los originales.</p> <p>Todos estos factores se encuentran en constante cambio.</p>	<p>Mostrar una mirada holística y amplia sobre los problemas humanos. Tiene en cuenta los distintos contextos en los que se desenvuelve un individuo.</p> <p>Se reconoce el condicionamiento mutuo que se genera en la interacción individuo-medio.</p> <p>Pretende superar la linealidad de causa y efecto, así como evitar responsabilizar al individuo, la familia o el contexto en forma particular y exclusiva de la situación social problema.</p>	<p>Rol de mediador.</p> <p>En conexión con el individuo y su medio desde el respeto de los patrones de funcionamiento.</p>	<p>Apoyar a la persona a superar los problemas de adaptación individuo-medio.</p> <p>Recuperar el nivel de funcionamiento previo a la crisis desde la suma de todos los actores que interactúan con él.</p>	<p>-Ambiente ecológico.</p> <p>-Macrosistemas.</p> <p>-Exosistemas.</p> <p>-Microsistemas.</p>	<p>Bronfenbrenner (1979).</p> <p>Virginia Satir.</p> <p>Montalvo Braulio.</p>

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO HUMANISTA / EXISTENCIALISTA</b>	<p>Visión holística del ser humano.</p> <p>Importancia de la libertad, dignidad y el potencial de elección que tienen las personas.</p> <p>Da más importancia a la persona que a las técnicas.</p> <p>Visión dinámica del las personas (personalidad en evolución a través de las elecciones y decisiones que toman en su vida).</p> <p>Importancia de la libertad y la conciencia en la toma de elecciones.</p>	<p>El Trabajo Social humanista deposita su atención en la dimensión pensante y reflexiva de las personas para poder construir un cambio, una transformación, que no sean impuestas.</p> <p>No interpreta nada, no diagnostica nada, sino que favorece la reflexión de y con el otro.</p> <p>Diferentes enfoques:</p> <p>El enfoque centrado en el cliente (Carl Rogers).</p> <p>El enfoque gestáltico (psicoanalista alemán Fritz Perls (1951).</p> <p>Análisis transaccional y Trabajo Social (Eric Berne).</p> <p>El enfoque existencialista. Con la publicación en 1978, de Existential social work, Krill.</p>	<p>Relación en plano de igualdad, sin rol superior.</p> <p>Relación personal con el usuario.</p> <p>El concepto que utiliza es el de "sujeto" y no "enfermo", "paciente" o "cliente".</p>	<p>El usuario es el principal protagonista de todo el proceso.</p> <p>Es un agente dinámico, libre, autónomo.</p> <p>Es la solución del problema.</p>	<p>El significado subjetivo que las personas atribuyen a sus experiencias.</p> <p>El crecimiento positivo.</p>	<p>Maslow.</p> <p>Carl Rogers.</p> <p>Berne.</p> <p>Perls.</p> <p>Kierkegaard.</p> <p>Husserl.</p> <p>Heiddeger.</p> <p>Marcel.</p> <p>Buber.</p>

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO CRÍTICO / RADICAL</b>	<p>Fundamentado en estas bases teóricas, el Trabajo Social Crítico, sostiene que los usuarios no son, ni parcial ni totalmente, culpables de las circunstancias personales y sociales a las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva.</p> <p>Frente a esto hay que realizar una toma de conciencia para realizar los cambios necesarios para liberarse y contribuir a la creación de un nuevo orden social que satisfaga sus verdaderas necesidades</p>	<p>Trasciende de la clásica intervención con el usuario para orientarse a generar cambios estructurales reales.</p> <p>Para esto incorpora estrategias como la las luchas de poder, la hegemonía ideológica y de clase, el estatus, la profesionalización, la educación, la cuestión sexista y la opresión social (Payne, 1995).</p> <p>Enfoques:</p> <p>El enfoque marxista de Trabajo Social (Leonard y Corrigan). Leonard (1984).</p> <p>El Trabajo Social feminista.</p> <p>El enfoque problematizador de Paulo Freire.</p>	<p>Relación de igualdad, equidad, confianza y respeto.</p> <p>Liderazgo de la persona.</p> <p>Importancia de la experiencia vivida del usuario frente a la experiencia técnica.</p>	<p>Paso de relaciones verticales tradicionales (dominación) a relaciones horizontales (equidad).</p> <p>Reconocimiento de las potencialidades del usuario.</p>	<p>-Clases sociales.</p> <p>-Lucha de poder.</p> <p>-Opresor y oprimido como efectos del sistema social</p> <p>-Cambio social.</p> <p>-Participación.</p> <p>-Empoderamiento.</p>	<p>Mullaly, 1997.</p> <p>Fook, 1993.</p> <p>Marchant/Wearing, 1986.</p> <p>Withorn, 1984.</p> <p>Bailey/Brake, 1975.</p> <p>Galper, 1975.</p> <p>Paulo Freire</p> <p>Leonard, 1984.</p> <p>Teología de la liberación.</p>

	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO DE GESTIÓN DE CASOS</b>	<p>El trabajador social apoya a los usuarios a resolver sus problemas complejos y múltiples desde la gestión de todos los servicios que sean necesarios.</p> <p>1º- La planificación debe ajustarse a la realidad de cada usuario.</p> <p>2º- El nivel de apoyo debe ajustarse al grado de déficit que tenga el usuario.</p> <p>3º- Se orienta a una intervención prolongada en el tiempo hasta alcanzar un óptimo desarrollo físico, mental y emocional del usuario</p> <p>4º- Está dirigido a aquellos usuarios que pueden requerir servicios de tipo comunitario o a largo plazo para atender sus necesidades (económicas, de salud, médicas, sociales y personales).</p> <p>Los usuarios deben ser motivados para funcionar de forma independiente.</p>	<p>La intervención tiene una orientación y un impacto a dos niveles: sistema del usuario y sistema de la organización. Los objetivos serían:</p> <p>a) Orientados hacia el cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios proporcionados y adecuados a las necesidades de ese usuario específico.</li> <li>• Garantizar la adecuación de los servicios.</li> <li>• Servir como único punto de contacto y coordinación.</li> <li>• Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios y servir de apoyo a los cuidadores.</li> <li>• Servir de enlace entre el sistema institucional (basado en instituciones) y el sistema de atención basado en la comunidad.</li> </ul> <p>b) Orientados hacia el sistema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar carencias y fallos de servicios en la comunidad.</li> <li>• Facilitar el desarrollo de más servicios no institucionales (residenciales).</li> <li>• Promover la calidad y la eficiencia en la provisión de servicios.</li> <li>• Mejorar la coordinación entre los proveedores de servicios.</li> <li>• Prevenir institucionalizaciones inadecuadas mediante la detección de casos susceptibles de la gestión de casos como alternativa de la institucionalización.</li> <li>• Controlar los costes, examinando su adecuación y la ausencia de alternativas más eficientes.</li> </ul>	<p>Autodeterminación del usuario:</p> <p>Implicación del usuario en la identificación de las necesidades y en la toma de decisiones.</p> <p>Compartir responsabilidades y ciertas tareas de la gestión del caso, lo cual maximiza la implicación.</p> <p>Gestor de Casos:</p> <p>Intervención basada en una relación entre usuario y trabajador social, facilitadora y verdadera.</p>	<p>Diagnóstico integral del usuario e intervención multinivel.</p> <p>Contempla factores físicos, medioambientales, conductuales, psicológicos, económicos y sociales, identificando fortalezas y capacidades del cliente.</p> <p>Provee tanto de servicios directos (intervención psicosocial) como de servicios indirectos (acceso a recursos y servicios de apoyo).</p>	<p>-Case management (Gestión de casos).</p> <p>-Red de servicios (recursos sociales).</p> <p>-Eficacia/eficiencia.</p>	<p>Influencias previas: <i>settlements houses</i> y <i>Charity Organization Societies</i>.</p> <p>Fundamentos teóricos procedentes de disciplinas relacionadas con la economía, la empresa y el comercio.</p> <p>Austin (2001). Rose (1992). O' Connor (1988).</p> <p>Modelo de gestión de casos propuesto por la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales Norteamericana (NASW).</p> <p>Modelos (EEUU) derivados de Modelo asesor (<i>broker model</i>).</p> <p>Modelo de fortalezas (<i>strengths model</i>)</p> <p>Modelo PACT (<i>Program for Assertive Community Training</i>).</p> <p>Modelo terapéutico (<i>rehabilitation model</i>).</p>



	Contenido conceptual del modelo	Naturaleza de la intervención	Relación del TS con la persona que necesita apoyo	Concepción que cada modelo propone de la persona que vive el problema	Conceptos básicos	Influencias y autores principales
<b>MODELO SISTÉMICO</b>	<p>Un sistema es una organización de elementos unidos por algún tipo de interacción o dependencia formal.</p> <p>Las causas del problema se sitúan en la relación con su contexto (familia, trabajo, amigos y comunidad) y no en el sujeto de modo aislado y desde una perspectiva de disfuncionalidad e inadaptación.</p>	<p>El sujeto se construye en permanente interacción con la realidad.</p> <p>Adquiere relevancia el entorno, los cambios que se producen y las interacciones intra y extrasistema ante concepciones individualizadoras en la intervención.</p>	<p>Rol de información y asesoramiento, rol asistencial, rol de control y rol de evaluación.</p> <p>Contrato como una herramienta para definir compromisos mutuos en el proyecto de intervención.</p>	<p>Se entiende que el "usuario" ya no es la categoría central sino que se trabaja con el sistema implicado en el problema.</p> <p>No se define como el sujeto- problema sino como el sujeto en situación de problema.</p>	<p>Sistema Neutralidad y circularidad.</p> <p>Preguntas circulares.</p>	<p>El desarrollo de la Teoría Sistémica es atribuido a Ludwig Von Bertalanffy, (Teoría General de los Sistemas).</p> <p>Teoría de la Comunicación de Watzlawick, Beavin y D. Jackson.</p> <p>Modelo Sistémico de Pincus y Minahan (1973).</p> <p>Modelo Ecológico o "Life Model" Germain y Gitterman (1980).</p>

Nota: Elaboración propia basada en clasificaciones de Viscarret (2009), Du Ranquet (1996), Ariño (2013) y Payne (1991).



#### **4.3. DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN A LA DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL.**

Para llegar a tener claro si hay o no una definición del Trabajo Social Sanitario voy a intentar aproximarme partiendo desde la propia definición de Trabajo Social.

Se entiende por definición una “proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial” (RAE, 2014).

El problema para encontrar una definición única es el carácter dinámico del objeto de estudio del Trabajo Social.

El ser humano ha visto como, durante los dos últimos siglos, la sociedad ha experimentado importantes cambios (globalización, procesos migratorios, individualismo, crisis económicas, cambio en el modelo de familia, aumento de la esperanza de vida, disminución de natalidad, etc.) que han provocado una evolución del objeto de intervención y estudio en la historia del Trabajo Social.

El concepto motor, esencial, que aparece durante toda la historia del Trabajo Social es el de “ayuda” (Rodríguez de Mingo, 1987). Aparece de diferentes maneras dependiendo del contexto histórico-social o necesidad que atienden. Desde la época donde la ayuda se contempla bajo la perspectiva religiosa o filantrópica, la posterior aparición de la asistencia social y los servicios sociales hasta la actualidad. Esta última etapa viene marcada por una grave crisis económica y unas políticas neoliberales donde el capitalismo financiero ha generado el recorte de los logros conseguidos dentro de los diferentes modelos de Estados de Bienestar y ha originado una importante crisis en el Estado Social. Por ello los trabajadores sociales estamos obligados intervenir, desde los diferentes niveles, con creatividad e imaginación para “re crear” nuestra identidad profesional.

Voy a clasificar estos cambios o conceptualizaciones en cuatro momentos o etapas durante los que, la definición de Trabajo Social, ha experimentado matizaciones en lo que se refiere a su manera de afrontar los diferentes tipos de relación entre el individuo (sujeto) y el colectivo (objeto) (Calvo, 2010):

1) Predominancia del individuo sobre lo social: Trabajo Social pre-profesional.

En un primer momento donde la profesión experimentaba un proceso de transformación desde las prácticas filantrópicas a las perspectivas de corte benéfico asistencial, el objeto de estudio queda reducido al ser humano carential, un individuo inadaptado, disfuncional, que tiene que adaptarse a la realidad social.

El Trabajado Social dirige su atención a la relación “individuo-situación-problema”.

Llevando los ejemplos al campo de la salud, un problema relacionado con consumo de drogas se solucionaría ingresando a la persona en un centro, fuera de su contexto, para que cambie sus conductas o hábitos. Soluciones que miraban a la disfunción del sujeto, la disfunción social o la de su interacción.

2) El individuo y su necesidad: La profesionalización y el binomio “necesidad-recurso”.

Con la aparición del Estado Benefactor también aparece la profesionalización y los Servicios Sociales. El Trabajo Social acentúa el concepto de necesidad social y, tras éste, el objeto así definido como binomio “necesidad-recurso” (De las Heras y Cortajarena, 1979).

Aparecen nuevas áreas de intervención y, por lo tanto, se identifican nuevos problemas y, más allá del individuo carencial, se observan grupos sociales vulnerables que hasta entonces no habían sido tenidos en cuenta.

3) El individuo y las estructuras sociales de clases: el movimiento crítico.

Una nueva línea de pensamiento y acción o, como se define especialmente en Latinoamérica, un movimiento, la reconceptualización, surge frente a las repuestas de tipo “asistencialista-paliativa” o a las “tecnocráticas” impulsadas con la aparición de los Servicios Sociales, mirando más allá de la perspectiva del binomio individuo-situación. No es una etapa en sí, es una reflexión bajo el prisma del pensamiento marxista, un cristianismo crítico y otros pensamientos progresistas. Es un movimiento que convive, aunque no en armonía, con las otras maneras de intervención social.

Se produce una mirada al hombre pero no aislado de su contexto, sino desde su integración en una estructura social de clases que es la que genera las tensiones, los conflictos. Sobre todo en Latinoamérica, el Trabajo Social toma inspiración del materialismo histórico y dialéctico e introduce el reconocimiento del individuo como portador de derechos. Esto sitúa al Trabajo Social como agente que apoya al individuo, no en la solución de un determinado problema, sino en la promoción y consecución de sus derechos, especialmente en los sectores sociales más oprimidos.

#### 4) Etapa de Crisis de Identidad:

Situando esta etapa en su inicio, aproximadamente durante la década de los noventa, se caracteriza tomando prestado el título de un artículo de Freud por un cierto “malestar en la cultura” (Freud, 1930).

En estos tiempos en los que nos encontramos ante nuevas situaciones (fuertes flujos migratorios, crisis en la familia agravadas por la aparición de la crisis económica mundial, escasez de recursos, etc.) algunos profesionales miran los aparentes logros obtenidos (la institucionalización, el reconocimiento e impulso académico, el desarrollo de métodos y técnicas) con cierta desilusión y escepticismo a si la intervención social puede aportar resultados estables y dar respuesta a su premisa identitaria.

Esta fragmentación del objetivo y de la tarea tiene un impacto desmoralizador y algunos autores comienzan a hablar de la “crisis de identidad y del malestar profesional” pero también de la capacidad resiliente de los trabajadores sociales (Miranda, 2004).

Esta evolución podría tener que ver con influencias lingüísticas anglófonas o francófonas, como se enseña en las universidades, o también podría derivarse de la evolución de la propia profesión. Varios autores, entre ellos Ander-Egg (1993), relacionan esta evolución con diferentes etapas o denominaciones.

La primera denominación de “Asistencia Social” está relacionada con la asistencia a la persona desajustada, necesitada. Posteriormente el concepto de “Servicio Social” ve las necesidades, y también los recursos, por lo que se ofrece una cartera de apoyos instrumentales e institucionales para que los individuos superen esa situación de necesidad. Por último, el término de “Trabajo Social” supera la mirada de la problemática-individuo o problemática-recurso y amplía el concepto hacia lo colectivo, lo “social” y hacia el “trabajo”, como manera no de adaptación o ajuste sino de cambio, de transformación del medio. Esto marca una evolución que ha ido desde el reconocimiento individual hasta la mirada del individuo social.

Pero ¿qué entendemos por método, metodología?

La mayoría de definiciones de Trabajo Social contienen la idea de éste como profesión y disciplina cuyo objetivo es resolver problemas que afectan al bienestar de las personas. Tanto la definición de la FITS como otras, incluyen la resolución de problemas en la misma. Diferentes autores desde Perlman (1965) llegan incluso a comprender el Trabajo Social como un método para resolver problemas (*problem- solving method*).

Con tal objeto, el Trabajo Social ha ido incorporando, a lo largo de su historia, diferentes paradigmas y enfoques teóricos que ayudan a comprender la naturaleza de los problemas sociales y su resolución. En este sentido se podría definir a los trabajadores sociales como los profesionales que velan por la solidaridad social (Álvarez-Uría y Parra, 2014).

Para abordar el aspecto de “la definición” me basaré en la Definición Global del Trabajo Social aprobada en la Asamblea General de la FITS del 6 de Julio de 2014 en Melbourne, Australia.

“El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el Trabajo Social. Respaldada por las teorías del Trabajo Social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar” (FITS, 2014). Esta definición sustituye a la publicada en 1982 y julio de 2000 adoptada en la reunión General celebrada en Montreal.

Leyendo con detenimiento esta definición y el posterior desarrollo de los deberes y principios que expone la FITS, veo reflejadas otras definiciones anteriores. No sería esta investigación el marco idóneo para realizar un análisis evolutivo de la definición, esto quedará para posteriores líneas de desarrollo, aún así voy a señalar, brevemente, algunas de las características y definiciones que he encontrado y que conducirán a abordar mejor el papel del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

Empezaré por una aportación que resulta muy interesante y que genera que esta definición quede abierta a ampliaciones que provengan de los “conocimientos locales”. Es una mirada desde la antropología cultural, un reconocimiento de las aportaciones científicas que existen en otros ámbitos geográficos, sin importar su tamaño o localización, y también una reparación de la mirada única que se ha tenido desde lo que se denomina “colonialismo científico histórico occidental”.

Esta idea tiene que ver con el concepto de responsabilidad colectiva que desarrolla en sus principios y se interpreta desde la interdependencia entre las personas y entre las personas y el medio ambiente, llevando al Trabajo Social más allá del individuo o del colectivo hacia una perspectiva ecológica. Por otro lado también se vincula con el reconocimiento de los diferentes factores interconectados (históricos, socioeconómicos, culturales, geográficos, políticos y personales) como obstáculos o potencialidades para el bienestar y el desarrollo humano. El ser humano en su medio, de nuevo el individuo en sus circunstancias, el individuo en medio de su realidad.

Volviendo a los inicios y a la mirada centrada en el individuo, Richmond (1922) señalaba: “El Trabajo Social como conjunto de procedimientos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social”.

Posteriormente aparecerán definiciones que miran a la satisfacción de las necesidades humanas “materiales y no materiales” (Aquín, 1995) y donde éstas se encuentran en directa relación con el desarrollo de los Servicios Sociales (De las Heras y Cortajarena, 1979). Gordon Hamilton (1960) combina este concepto con el de problemas sociales. Recursos para “aligerar las presiones del medio ambiente”. Otras miradas describen que ya no es el individuo solo, ya no es el individuo y su carencia o su problema.

Zamanillo indica que “la desigualdad, el desempleo, la precarización del empleo, la desintegración social y la desafiliación son hechos inscritos en la modernidad y que no pueden ser analizados de modo aislado”. Realiza aportaciones relacionadas con la reflexión para potenciar una conciencia crítica que cuestione la realidad estructural, como causa o solución para situaciones de opresión, marginación y la exclusión social (Zamanillo, 1999).

De Lima (1986) subraya: “Al Trabajo Social no le interesa el individuo de forma independiente, sino encarnado en una estructura de clases, que es la que genera conflictos, desigualdades y los problemas sociales”.

Esto es una crítica hacia la estructura del sistema de Servicios Sociales que en un momento de la historia se pudo ver como la solución, o el medio idealizado, desde donde el apoyo técnico o los recursos ayudarían a “personas, grupos y comunidades... a su mejor funcionamiento social” Moix (2004). También puede llevarnos a confundir nuestro papel dentro de este maridaje “Servicios Sociales-Trabajo Social” (Pomar, 2011) y caer en el error de convertir “a los excluidos en simples receptores de ayudas” (García Roca, 1994).

En los últimos tiempos de crisis económica estamos acostumbrados a ligar los recursos con el crecimiento o decrecimiento económico por lo que me parece importante la desvinculación que se realiza de estos factores desde la FITS.

El protagonista es la persona y el objetivo es su fortalecimiento y la liberación mediante prácticas que no le hagan dependiente de la propia ayuda, si no que sean emancipadoras. Cristina de Robertis (1988) subraya este papel dentro de la relación de ayuda donde el objetivo es facilitar la transición de una “situación de incapacidad o dependencia a una situación de capacidad y/o autonomía”. Desde una visión más relacionada con el individuo como parte del colectivo, Ander Egg (1993) lo describe como el “...tránsito de una situación de dominación y marginalidad a otra plena participación del pueblo en la vida política, económica y social de la nación que cree las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser hombre”. Es una relación que no es vertical, que se desarrolla desde una perspectiva de solidaridad con los que están en situación desfavorecida o, como indica Kisnerman (1998), de “acompañamiento en la deconstrucción–construcción y reconstrucción de sus alternativas”, es decir, en su proceso de cambio y desarrollo ya sea a nivel individual, grupal, comunitario o social.



Pero, si por un lado, engloba aquellas reflexiones y demandas que surgieron en la segunda mitad del siglo XX, por otro lado también mira y se compromete con “el mantenimiento de la estabilidad social”, aunque matizando que siempre que esto no genere situaciones individuales o colectivas de marginación, exclusión u opresión y defendiendo los derechos humanos y la justicia social.

La defensa y el apoyo a los derechos humanos y a la justicia social son la motivación y la justificación para el Trabajo Social.

“El Trabajo Social es la actividad de ayuda técnica y organizada, ejercida sobre las personas, los grupos y las comunidades, con el fin de procurar su más plena realización y mejor funcionamiento social, y su mayor bienestar, mediante la activación de los recursos internos y externos, principalmente los ofrecidos por los Servicios Sociales y por las instituciones y los sistemas del Bienestar Social.” (Moix, 2004).

## **CAPÍTULO 5. LA SALUD SOCIAL.**

### **5.1. CONCEPTUALIZANDO LA SALUD SOCIAL.**

Como resumía en el Capítulo 1 en las definiciones, el concepto de salud ha evolucionado desde lo biológico a lo biopsicosocial, de lo curativo a lo preventivo, de lo monocausal a lo multicausal y de lo individual a lo colectivo.

Esta definición ha ido evolucionando mientras que, también, iba cambiando, en paralelo, el contexto donde se articula el sistema sanitario y social, compartiendo ambos su carácter público y universal dentro del Estado de Bienestar. Dando como resultado una mayor complejidad en el abordaje de la salud y contemplando, no solamente, la enfermedad como factor definitorio de ésta, sino también desde otros factores de carácter social, más allá de la patología, que hay que atender y que ha llevado a la obligación de reconsiderar los canales clásicos de atención.

Esta definición integral todavía no ha calado en la ciudadanía que sigue asociando la salud con la enfermedad y con los “médicos”. Llegando hasta la apreciación de que, el Sistema Sanitario no debe suponer coste alguno para los usuarios mientras que el Sistema Social si puede contemplar una financiación mixta donde el usuario contribuye a sufragar los gastos desde un sistema de copago, en función del tipo de servicio y la capacidad económica del ciudadano.

En las conversaciones con los usuarios que he atendido a lo largo de mi carrera profesional y en conversaciones con otros profesionales, vengo observando que la atención sanitaria se contempla como un derecho social. Derecho, éste, objetivo y universal mientras que la atención o asistencia social se entiende, posiblemente debido a una visión estereotipada, como un derecho

subjetivo, graciable y no destinado a la población general sino a aquellos sectores más vulnerables o excluidos.

También la sensibilidad social respecto de los modelos de gestión desde donde se prestan los servicios sanitario y social es diferente. No hay más que recordar la polémica por la gestión mixta de hospitales, mientras que, por ejemplo, en el caso de atención a la enfermedad mental o a la adicción, ámbitos de la salud de concepción más relacionada e influenciada por los factores sociales, la atención se realiza en muchos casos desde una gestión privada con financiación pública.

Estos son dos detalles de cómo el concepto de *salud social* tiene diferente percepción que el de *salud biológica*.

Pero en la sociedad, sin embargo, la mixtura existe y genera una complejidad que se ha visto incrementada con la entrada en escena de factores como el envejecimiento de la población. Este factor exige nuevos retos en la atención y prestación de servicios y, a su vez, tiene que encajar con una mejora en esta gestión de servicios y recursos para aliviar la carga financiera y económica que suponen para el sistema, evitando así el riesgo de quiebra del mismo.

Con este cambio en el concepto de salud se ha ido desarrollando la base de un conocimiento científico que se ha forjado sobre la desigualdad sanitaria, los determinantes sociales y los medios más eficaces para mejorarlos.

Explicando el tema de la desigualdad en el peso de la generación del conocimiento considero oportuno comentar que la mayor bibliografía ha sido generada por el ámbito biomédico. Aspecto natural si lo entendemos desde el recorrido histórico que señalaba en el Capítulo 2. Lo que sigue siendo diferenciador es que, hoy en día, la mayor parte de los fondos destinados a la investigación sanitaria siguen priorizando la investigación biomédica respecto a la de otros determinantes sociales de la salud.

No creo que el interés este envuelto en algún tipo de prejuicio, más bien en la jerarquización clásica de los estudios realizados y controlados en laboratorio y que suelen tener detrás intereses relacionados con el avance farmacológico y, por lo tanto, en gran medida, con intereses procedentes de la empresa privada farmacéutica que es la que invierte en éstos.

Aún teniendo lógica, es otro ejemplo más de cómo se desequilibra el concepto de sanidad desde la propia base, la de su producción científica que es la que tiene detrás los avances y los recursos. Consecuentemente, si se tienen más recursos y más preponderancia se tiene una posición jerárquica predominante y un peso en las relaciones de poder. Estos aspectos influyen, y si no es así deberían de influir, en otro nivel, también en la esfera política ya que el tema de la salud tiene un gran peso sobre la opinión pública.

Los trabajadores sociales no somos políticos pero con la información producida y ordenada en informes, evaluaciones y estudios sí podemos influir en el modo en el que se hace política. No hay que olvidar que superamos la vertiente asistencialista para mirar la realidad social desde una vocación de transformación. Por ello tenemos que aportar al mundo de la gestión sanitaria y de la política los datos que nos otorga nuestra visión psicosocial de la salud y la formación imprescindible para la traducción de los mismos en mejoras tangibles del bienestar y la salud de los ciudadanos.

A nivel general, lo deseable sería que la utilidad de los datos a investigar se estableciese en función de su interés e idoneidad para responder a los fines que se persiguen. Determinar cuáles son los factores que influyen en la salud de la población y cómo inciden en la misma.

Para conseguir esto hay que empezar por mejorar la capacidad de los profesionales, y, en el caso que nos ocupa, del colectivo de trabajadores sociales, integrando formación continuada sobre esa materia en los programas formativos laborales.

Hay que deconstruir la práctica clínica tradicional y defender el rol del trabajador social y de las instituciones clínicas como mediadores socioculturales entre el individuo y el contexto. Este aspecto, que tiene importancia en sí mismo para el conjunto de la población, toma mayor consideración si contemplamos los escenarios de mayor diversidad cultural que ha traído la inmigración a nuestro medio social. Esto se refleja en los diferentes centros de atención sanitaria, tanto en los primarios como en los especializados, y no exclusivamente para contemplar el manido problema de si tienen o no tarjeta sanitaria y la dificultad para conseguir la medicación, sino con aspectos más esenciales ligados a su integración, comprensión de los procesos y futuro de su itinerario personal. Ya que la intervención no se acaba en el recurso sanitario, continúa y desplaza toda su realidad al tener que trasladarse de un dispositivo de alta tutela y protección a la desprotección y falta de medios, lo que influye de nuevo en la pérdida, a veces, de los logros de salud conseguidos.

Podría citar casos concretos de personas en situación de exclusión que, después de las intervenciones oportunas, salen del dispositivo con indicaciones de cómo realizar su rehabilitación o cómo realizar una dieta adecuada para el mejor cuidado de su proceso de rehabilitación. Recomendación inadecuada para quien no tiene recursos para acceder al transporte urbano o comer, lo más básico en el día a día.

Para las personas que hemos trabajado en el ámbito de la exclusión, éste es un hecho desafortunadamente cotidiano, así como observar el solapamiento de los Sistemas Social y Sanitario en la “cartera de recursos” de estas personas que acceden a los servicios de urgencias para intentar pasar la noche o conseguir un ingreso hospitalario que les provea de unas condiciones de vida mejores. Ambos sistemas, forman parte esencial del Estado Social y de Derecho y por lo tanto de nuestro Estado de Bienestar.

Como he detallado anteriormente, este ha sido un gran logro de las sociedades más avanzadas y el esfuerzo debe ir encaminado a reforzarlo, a pesar de las situaciones coyunturales que se están viviendo debido a la crisis

financiera mundial que ha tenido lugar, ya que son elementos que igualan a los ciudadanos desde la universalización de acceso a sus sistemas de protección.

Desde este punto considero que es necesario abordar cómo se realiza el trabajo conjunto desde la suma de intervenciones, desde las perspectivas biológica, psicológica y social, que dan como resultado el concepto integral de salud y si realmente este concepto ha evolucionado a la misma velocidad que la praxis.

## **5.2. EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD: ¿PROFESIÓN SANITARIA?**

La OMS describe varios elementos constitutivos fundamentales de los sistemas de salud: la prestación de servicios, el personal sanitario, la financiación, la información, el liderazgo, la gobernanza, las tecnologías y los productos médicos (OMS, 2006).

En este apartado intento aproximarme a la definición de personal sanitario y su aplicación práctica a través de las clasificaciones internacionales y nacionales para delimitar, describir y analizar si el Trabajo Social es contemplado como fuerza laboral sanitaria, exponiendo algunas opciones para su consideración futura.

Hemos visto cómo ve el Trabajo Social la salud, cómo ha influido en su desarrollo, cómo ha conseguido incluso un máster específico con una promoción de nuevos profesionales, cómo formamos parte de multitud de equipos de diferentes campos de la salud, pero ¿somos personal sanitario?

La lógica diría que, quien trabaja con automóviles en un taller o concesionario y su nómina, con categoría específica, la emite una empresa de automóviles, tendría que pertenecer al sector del automóvil. Además, si influye con su labor en el desarrollo de la venta o reparación de los automóviles y se le presenta como miembro del sector, tienen cierta lógica que, efectivamente,

pertenezca al sector del automóvil. Pero en el caso del trabajador social sanitario no es así.

Si comenzamos tomando como primera referencia el “Manual de Seguimiento y Evaluación de Los Recursos Humanos para la Salud con aplicaciones especiales para los países con ingresos bajos y medianos” (*World Health Organization*, OMS, 2009) nos encontramos, en primer lugar, que denuncia ya en su datos iniciales la carencia de personal sanitario en el mundo en unos 2,3 millones de médicos, enfermeros y parteros, y más de 4 millones de trabajadores sanitarios en general. Vemos que identifica claramente a los médicos, enfermeros y parteros pero reconoce que los límites profesionales no están claros y que esto genera una diferencia en la definición y categorización de determinados tipos de trabajadores sanitarios, según la parte del mundo en la que se plantee.

Respondiendo a la pregunta de “¿Quiénes son los profesionales sanitarios?” hay que traer a colación un informe de 2006 donde la OMS define esta categoría como “toda persona que lleva a cabo tareas que tienen por principal finalidad promover la salud”. Es una definición amplia donde pueden acabar incluyéndose tanto el personal remunerado y estructural como el voluntario e incluso familiares cuidadores de las personas enfermas. Por este motivo, al tener solamente en cuenta las acciones que realizan, dificultaría enormemente la elaboración de un modelo de clasificación, al igual que si solamente contemplásemos los lugares donde ejercen esta acción, ya que podrían integrarse todas estas categorías igualmente.

Para solventar el problema de identificar un sistema de clasificación del personal sanitario laboral, la OMS (2009) realiza una categorización en tres áreas diferenciadas combinando los factores de la formación, la ocupación y el sector de actividad. El resultado se resume en la siguiente tabla:

Tabla 16

*Marco para definir el personal sanitario.*

Formación, ocupación y lugar de trabajo del individuo	Trabaja en el sector sanitario	Trabaja en un sector distinto del sanitario o está desempleado/inactivo
Con formación sanitaria y ocupación sanitaria	A. Por ejemplo, médicos, enfermeros o parteras que trabajan en establecimientos sanitarios	C. Por ejemplo, enfermeros que trabajan para empresas privadas o farmacéuticos que trabajan en puntos de venta minorista
Con formación sanitaria y ocupación no sanitaria	A. Por ejemplo, gestores de establecimientos sanitarios con formación médica	C. Por ejemplo, profesores universitarios con formación médica o enfermeros desempleados
Con formación en un campo no sanitario o sin formación académica	B. Por ejemplo, economistas, administrativos o jardineros que trabajan en establecimientos sanitarios	D. Por ejemplo, maestros de primaria, mecánicos de automóvil o contables de banca

Nota: Recuperado de Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (OMS, 2009).

Los sistemas de clasificación que utiliza la OMS para realizar este análisis son: para los factores de formación la versión de la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), que señala 7 niveles de educación. También utiliza “Fields of training” un manual del Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional. Eurostat, para el factor de ocupación para el análisis del personal sanitario, que utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), elaborada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Los cuadros que resumen este estudio me parecen interesantes para situar el lugar con el que se contempla al Trabajo Social desde la clasificación de la formación y desde el de la ocupación profesional. En éstos se dan conclusiones tan llamativas como la que identifica a la mayoría de las ocupaciones sanitarias en el nivel de los 2 o los 3 dígitos de la CIUO-08, sin embargo, distingue con códigos diferentes a especialistas (como dentistas y farmacéuticos) y a otros trabajadores relacionados con la salud, donde sitúa a los psicólogos y profesionales del Trabajo Social que, además, los clasifica en el mismo subgrupo que otros profesionales de las ciencias sociales, como economistas y sociólogos



Tabla 17

*Niveles de educación y formación relacionados con las profesiones sanitarias según la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE, 1997).*

Nivel	Denominación	Descripción	Duración habitual	Dimensiones complementarias
3	Segundo ciclo de enseñanza secundaria	En los países que tienen un sistema de enseñanza obligatoria este nivel suele comenzar al final de la enseñanza obligatoria de tiempo completo.	Generalmente exige cursar unos nueve años de enseñanza de tiempo completo desde el comienzo de la educación primaria (nivel 1).	Para clasificar este nivel deben tenerse en cuenta el tipo de educación ulterior o destino, la orientación del programa y la duración teórica total.  El nivel 3 corresponde a los requisitos mínimos habituales para recibir formación sanitaria teoricopráctica.
4	Enseñanza postsecundaria, no terciaria	Programas que desde un punto de vista internacional unen el segundo ciclo de secundaria a la enseñanza postsecundaria, aunque en un contexto nacional puedan considerarse a todas luces como programas de segundo ciclo de secundaria o de enseñanza postsecundaria.	Suele durar entre seis meses y dos años (calculado en tiempo completo).	Puede comprender tres orientaciones del programa: (i) enseñanza general; (ii) enseñanza preprofesional o pretécnica; y (iii) enseñanza profesional o técnica.  Incluye la educación de adultos (por ejemplo, cursos técnicos impartidos durante la vida profesional de una persona sobre temas específicos).
5	Primer ciclo de la educación terciaria	Programas de enseñanza terciaria de contenido educativo avanzado (pero que no conducen directamente a una calificación de investigación avanzada).	Suele durar al menos dos años (calculado en tiempo completo), aunque algunos programas son de cuatro años o más.	Comprende programas que dan acceso a ocupaciones que exigen un alto nivel de capacitación.  Incluye los programas que conducen a la obtención del grado de maestría.
6	Segundo ciclo de la educación terciaria	Programas de enseñanza terciaria que conducen a una calificación de investigación avanzada (es decir, están dedicados a estudios avanzados e investigaciones originales, y no están basados únicamente en cursos).		El alcance de este nivel es muy restringido.

Nota: Adaptado del Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (OMS, 2009) de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

Tabla 18

*Campos de formación profesional relacionados con la salud según el manual Fields of training (Campos de formación).*

Código	Campo	Descripción
<b>Campos de formación directamente relacionados con la salud</b>		
721	Medicina	<p>Se centra en los principios y procedimientos que permiten prevenir, diagnosticar, atender y tratar las afecciones, las enfermedades y los traumatismos en los seres humanos y mantener a estos en buen estado de salud. Este ámbito abarca fundamentalmente la formación de los médicos.</p> <p>En este campo se clasifican los programas cuyo principal contenido es el siguiente: medicina, ciencias médicas, formación médica. Comprende las especializaciones médicas, como anatomía, anestesiología, cardiología, cirugía, dermatología, epidemiología, geriatría, hematología, medicina forense, medicina interna, medicina preventiva y social, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología, pediatría y psiquiatría.</p>
722	Servicios médicos	<p>Se centra en las afecciones físicas, el tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento del bienestar físico de los seres humanos sin recurrir a métodos quirúrgicos.</p> <p>Los programas de formación incluidos bajo este epígrafe comprenden una amplia gama de servicios como farmacia, fisioterapia, nutrición y dietética, optometría, prótesis ortopédicas, quiropraxia, radioterapia, readaptación profesional, servicios de ambulancia, técnicas de radiología médica, tecnología de audioprótesis, tecnología de laboratorio médico, tecnologías paramédicas de urgencia, terapia ocupacional y trastornos del lenguaje y logopedia.</p>
723	Enfermería	<p>Se centra en la prestación de atención de salud a las personas enfermas, minusválidas o inválidas y en la asistencia a médicos u otros profesionales médicos y sanitarios de nivel superior en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.</p> <p>Se clasifican aquí los programas de formación con los siguientes contenidos principales: atención a ancianos, atención a minusválidos, ayudante de enfermería/camillero o celador, cuidados de enfermería auxiliares, cuidados de enfermería básicos, enfermería psiquiátrica, higiene del lactante (cuidados de enfermería) o partería.</p>
724	Servicios dentales	<p>Se centra en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades y anomalías de los dientes y las encías. Comprende el diseño, la fabricación y la reparación de prótesis dentales y aparatos de ortodoncia, así como la prestación de asistencia a los odontólogos.</p> <p>Se clasifican aquí los programas de formación cuyos principales contenidos son: auxiliar de odontología, cirugía odontológica, enfermería odontológica, higienista dental, odontología, odontología clínica, ortodoncia y tecnología de laboratorio odontológico.</p>
<b>Campos de formación asociados a la salud</b>		
762	Trabajo social y orientación	<p>Se centra en las necesidades de las comunidades, de ciertos grupos y de los individuos en materia de bienestar y en las formas adecuadas de cubrirlas. Presta especial atención al bienestar social, en particular a las políticas y prácticas sociales.</p> <p>En este campo se clasifican programas de formación como los siguientes: apoyo en situaciones de crisis, orientación en materia de alcoholismo y toxicomanía, prácticas sociales y trabajo social (bienestar).</p>
850	Protección medioambiental	<p>Se centra en las relaciones entre los organismos vivos y el medio con objeto de proteger una amplia gama de recursos naturales. Comprende los programas de servicios comunitarios que abordan cuestiones que afectan a la salud pública, como las normas de higiene de los alimentos y el abastecimiento de agua.</p> <p>Se clasifican aquí programas de formación como los siguientes: eliminación de desechos, reducción de la contaminación atmosférica, reducción de la contaminación del agua, saneamiento comunitario y toxicología medioambiental.</p>
862	Salud y seguridad en el trabajo	<p>Se centra en la identificación, la evaluación y el control de los factores ambientales asociados al lugar de trabajo.</p> <p>Se clasifican aquí programas de formación como los siguientes: bienestar laboral (seguridad), ergonomía (salud y seguridad en el trabajo), estrés en el trabajo, salud e higiene en el trabajo, y salud y seguridad en el lugar de trabajo.</p>

Nota: Adaptado en el Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (OMS, 2009) del Centro Europeo para el Desarrollo de la Formación Profesional y Eurostat.

Tabla 19

*Denominaciones (títulos) de las ocupaciones relacionadas con la salud según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), revisiones de 1988 y 2008. (1ª parte).*

CIUO-2008				CIUO-1988			
Código de grupo			Título de la ocupación	Código de grupo			Título de la ocupación
Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario		Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario	
22			Profesionales de la salud	22			Profesionales de las ciencias biológicas, la medicina y la salud
	221		Médicos		222		Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería)
		2211	Médicos generales			2221	Médicos
		2212	Médicos especialistas				
	222		Profesionales de enfermería y partería		223		Personal de enfermería y partería de nivel superior
		2221	Profesionales de enfermería			2230	Personal de enfermería y partería de nivel superior
		2222	Profesionales de partería				
	223		Profesionales de medicina tradicional y alternativa				
		2230	Profesionales de medicina tradicional y alternativa				
	224		Practicantes paramédicos				
		2240	Practicantes paramédicos				
	226		Otros profesionales de la salud		222		Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería)
		2261	Dentistas			2222	Odontólogos
		2262	Farmacéuticos			2224	Farmacéuticos
		2263	Profesionales de la salud y la higiene laboral y ambiental				
		2264	Fisioterapeutas				
		2265	Dietistas y nutricionistas				
		2266	Audiólogos y logopedas				
		2267	Optometristas				
		2269	Profesionales de la salud no clasificados bajo otros epígrafes			2229	Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería), no clasificados bajo otros epígrafes
32			Profesionales de nivel medio de la salud	31			Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias físicas y químicas, la ingeniería y afines
	321		Técnicos médicos y farmacéuticos		313		Operadores de equipos ópticos y electrónicos
		3211	Técnicos en aparatos de diagnóstico y tratamiento médico			3133	Operadores de aparatos de diagnóstico y tratamiento médicos
		3212	Técnicos de laboratorios médicos				
				32			Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias biológicas, la medicina y la salud
					322		Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería)
		3213	Técnicos y asistentes farmacéuticos			3228	Técnicos y asistentes farmacéuticos

Continuando...

Nota: Recuperado de Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (OMS, 2009) y Organización Internacional del Trabajo.

Tabla 20

*Denominaciones (títulos) de las ocupaciones relacionadas con la salud según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), revisiones de 1988 y 2008. (2ª parte).*

CIUO-2008				CIUO-1988			
Código de grupo			Título de la ocupación	Código de grupo			Título de la ocupación
Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario		Subgrupo principal	Subgrupo	Grupo primario	
		3214	Técnicos de prótesis médicas y dentales				
	322		<b>Profesionales de nivel medio de enfermería y partería</b>		323		<b>Personal de enfermería y partería de nivel medio</b>
		3221	Profesionales de nivel medio de enfermería			3231	Personal de enfermería de nivel medio
		3222	Profesionales de nivel medio de partería			3232	Personal de partería de nivel medio
	323		<b>Profesionales de nivel medio de medicina tradicional y alternativa</b>		324		<b>Practicantes de la medicina tradicional y curanderos</b>
		3230	Profesionales de nivel medio de medicina tradicional y alternativa			3241	Practicantes de la medicina tradicional
	325		<b>Otros profesionales de nivel medio de la salud</b>		322		<b>Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería)</b>
		3251	Dentistas auxiliares y ayudantes de odontología			3225	Dentistas auxiliares y ayudantes de odontología
		3252	Técnicos en documentación sanitaria				
		3253	Trabajadores comunitarios de la salud				
		3254	Técnicos en optometría y ópticos			3224	Técnicos en optometría y ópticos
		3255	Técnicos y asistentes fisioterapeutas			3226	Fisioterapeutas y afines
		3256	Practicantes y asistentes médicos			3221	Practicantes y asistentes médicos
		3257	Inspectores de la salud laboral, medicambiental y afines			3222	Higienistas y otro personal sanitario
		3258	Ayudantes de ambulancias				
		3259	Profesionales de la salud de nivel medio no clasificados bajo otros epígrafes			3229	Profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud (excepto el personal de enfermería y partería), no clasificados bajo otros epígrafes
53			<b>Trabajadores de cuidados personales</b>	51			<b>Trabajadores de los servicios personales y de los servicios de protección y seguridad</b>
	532		<b>Trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud</b>		513		<b>Trabajadores de los cuidados personales y afines</b>
		5321	Trabajadores de los cuidados personales en instituciones			5132	Ayudantes de enfermería en instituciones
		5322	Trabajadores de los cuidados personales a domicilio			5133	Ayudantes de enfermería a domicilio
		5329	Trabajadores de los cuidados personales en servicios de salud no clasificados bajo otros epígrafes				
			<b>Otros grupos primarios relacionados con la salud</b>				<b>Otros grupos primarios relacionados con la salud</b>
		1342	Directores de servicios de salud				
		1343	Directores de servicios de cuidado de las personas de edad				
		2634	Psicólogos			2445	Psicólogos
		2635	Profesionales del trabajo social			2446	Profesionales del trabajo social
		3344	Secretarios médicos				

Nota: Recuperado de Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud (OMS, 2009) y Organización Internacional del Trabajo.

Las conclusiones que podría sacar de estos datos son que el Trabajo Social es una profesión relacionada con la salud pero que no se contempla dentro de la categoría de profesión sanitaria, aunque según la definición de OMS, podría ser contemplada como tal.

Para ver si existe ese reconocimiento legal a los profesionales del Trabajo Social que desarrollan su labor en ese ámbito, tenemos que acudir a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Esta ley, que detalla las circunstancias necesarias para que se contemple una profesión como sanitaria, tiene especial importancia ya que sirvió de base para una sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, que más adelante detallaré, que hacía referencia al apartado tercero del artículo 2 de la citada ley.

En las delimitaciones de esta Ley y de sus posteriores modificaciones, podemos ver, igual que en el manual de la OMS, la importancia de la capacitación desde el ámbito formativo para la consideración del profesional sanitario. Detallando que, además del carácter programado necesario para esta formación, tiene que llevarse a cabo por el sistema de residencia, teniendo que estar publicada en el "Boletín Oficial del Estado", donde se detallarán los requisitos de acreditación que, con carácter general, deberán cumplir los centros o unidades para la formación de Especialistas en Ciencias de la Salud.

Además de esta ley, existe el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios que se crea en 2012, curiosamente desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para facilitar la planificación de las necesidades de profesionales sanitarios del Estado y de coordinar las políticas de recursos humanos en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. En este registro se detallan los siguientes datos:

- a) Número de incorporación al registro.
- b) Nombre y apellidos.
- c) Número del Documento Nacional de Identidad (DNI) o Tarjeta de Identidad del Extranjero (TIE).
- d) Fecha de nacimiento.
- e) Sexo.
- f) Nacionalidad.
- g) Medio preferente o lugar a efectos de comunicaciones.
- h) Titulación.
- i) Especialidad en Ciencias de la Salud.

- j) Diploma en Áreas de Capacitación Específica.
- k) Diploma de Acreditación y Diploma de Acreditación Avanzada.
- l) Situación profesional.
- m) Ejercicio profesional.
- n) Lugar de ejercicio.
- o) Categoría profesional.
- p) Función.
- q) Desarrollo profesional.
- r) Colegiación profesional.
- s) Cobertura de responsabilidad civil en cada uno de los ámbitos de ejercicio profesional.
- t) Suspensión o inhabilitación para el ejercicio profesional.

Desde la publicación de este Registro, se genera una herramienta que garantiza al ciudadano y a las instituciones la información de los profesionales desde los diferentes aspectos que configuran la práctica profesional. Información ésta, referida a su certificación y a que el profesional no esté sometido a ninguna sanción disciplinaria o inhabilitación profesional. Además constituye una garantía para la seguridad de las personas, como se expone en Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones: “da cumplimiento a la exigencia del derecho comunitario para acreditar la buena práctica de los profesionales”, incluso ante la realidad laboral europea del derecho a la libre circulación de los trabajadores.

Volviendo a la pregunta de si el profesional del Trabajo Social que desempeña su tarea en instituciones pertenecientes al ámbito de la salud, y con el objetivo de la mejora de la misma y del aumento del bienestar de la persona y su entorno, es considerado un profesional sanitario, según nuestra jurisprudencia parece que no.

Me detendré en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias para ver que, en la misma, enumera, en función de



los niveles de acreditación formativa, las profesiones que se encontrarían bajo la denominación de profesión sanitaria. Sin llegar a los niveles de concreción de la clasificación que se detalla en el documento de la OMS (Tablas 16 a 20) sí realiza una diferenciación dependiendo de la categoría académica. Expongo, en el cuadro siguiente, el extracto de la ley referido a esta enumeración.

Tabla 21

*Profesiones sanitarias según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.*

Nivel formativo	Profesiones Sanitarias
<p><b>Artículo 6.</b> <b>Profesiones sanitarias tituladas</b></p> <p><b>Nivel Licenciados</b></p>	<p><b>a) Médicos:</b> corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.</p> <p><b>b) Farmacéuticos:</b> corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.</p> <p><b>c) Dentistas:</b> corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.</p> <p><b>d) Veterinarios:</b> corresponde a los Licenciados en Veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.</p> <p><b>e).</b> Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.</p>

<p><b>Artículo 7.</b> <b>Profesiones sanitarias tituladas</b></p> <p><b>Nivel Diplomados</b></p>	<p><b>a)</b> Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.</p> <p><b>b)</b> Fisioterapeutas: corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.</p> <p><b>c)</b> Terapeutas ocupacionales: corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.</p> <p><b>d)</b> Podólogos: los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.</p> <p><b>e)</b> Ópticos-optometristas: los Diplomados universitarios en Óptica y Optometría desarrollan las actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas.</p> <p><b>f)</b> Logopedas: los Diplomados universitarios en Logopedia desarrollan las actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la audición, la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina.</p> <p><b>g)</b> Dietistas-nutricionistas: los Diplomados universitarios en Nutrición Humana y Dietética desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública.</p> <p><b>h)</b> Protésico dental y la de higienista dental.</p>
<p><b>Artículo 3.</b> <b>Profesionales del área sanitaria de formación profesional</b></p>	<p><b>a)</b> De grado superior: quienes ostentan los títulos de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, en Dietética, en Documentación Sanitaria, en Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Ortoprotésica, en Prótesis Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audioprótesis.</p> <p><b>b)</b> De grado medio: quienes ostentan los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia.</p>

Nota. Elaboración propia a partir de BOE Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Última actualización 28 marzo 2014. BOE-A-2003-21340 .



Efectivamente, en la Ley quedan detalladas, en dos bloques, las “Profesiones sanitarias tituladas” y los “Profesionales del área sanitaria de formación profesional”. En sí, la ley está articulada de manera, cuando menos, curiosa ya que en la primera parte, el concepto está clasificado por medio de la titulación académica conseguida y con la característica de organización colegial, denominándose en el texto “profesiones sanitarias tituladas”. Sin embargo el segundo el texto legislativo está clasificado de manera diferente y los define como “Profesionales del área sanitaria de formación profesional”, como si el que tiene el título no fuera profesional o el que es profesional no necesitara un título.

Fuera de esta disertación quedaría seguir profundizando en relación a desde qué prisma se contempla realmente la salud y el peso de la intervención, según la jerarquía de la disciplina. Queda claro que la perspectiva social no está relacionada con la presencia de los profesionales que abordan de manera específica y especializada la intervención sanitaria.

Al hilo de la ley anteriormente citada, recordaba Dolors Colom, en mayo de 2015, en el blog que utiliza el nuevo Máster de Trabajo Social Sanitario impartido por la Universitat Oberta de Catalunya (en adelante UOC), la sentencia 077/2011 del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña. Ésta denegaba a los trabajadores sociales sanitarios del Institut Català de la Salut (ICS) el reconocimiento como profesionales sanitarios. Traigo a continuación el extracto de esta sentencia, relacionada directamente con la Ley de reordenación de las Profesiones Sanitarias.

Señaló la juez en la sentencia refiriéndose a los trabajadores sociales sanitarios: “...tal personal se hallaba englobado dentro del personal sanitario como –asistentes sociales de atención primaria– [...] Pero la regulación posterior no deja duda alguna de su consideración como personal no sanitario, pues tales asistentes sociales (ahora denominados trabajadores sociales) no se hallan dentro de las profesiones sanitarias de nivel de licenciado ni de nivel

diplomado”. Así es ya que, de momento, no tenemos título reconocido en el plano sanitario.

Pero la sentencia seguía: “...sin que a ello pueda meramente oponerse la posibilidad de hacer uso del apartado tercero del artículo 2 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de reordenación de las Profesiones Sanitarias, pues ello requeriría que se dieran las circunstancias allí previstas, tanto por razón del contenido, de titulación y regulación, y previsión legal que aquí no concurren”.

Analizando la sentencia, nos encontramos de nuevo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, que expone las circunstancias necesarias para que se contemple una profesión como sanitaria, haciendo especial hincapié en los requisitos formativos. El Trabajo Social requería de una titulación dentro del ámbito de las Ciencias de la Salud, que en ese momento, no cumplía la profesión y que hacía inviable esta demanda de reconocimiento.

Un ejemplo más de la ausencia del Trabajo Social en el ámbito sanitario serían los datos que se ofrecen en la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados que elabora el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) desde 1953. Esta investigación tiene interés, tanto a nivel nacional, como en el ámbito de los países de la OCDE y de la UE a través de su Oficina Europea de Estadística (EUROSTAT). Recoge información referida a médicos, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, psicólogos, físicos, químicos, enfermeros, fisioterapeutas, podólogos, ópticos-optometristas, dietistas nutricionistas, logopedas, terapeutas ocupacionales y protésicos dentales. Se recoge sexo, edad y situación laboral y se publican resultados nacionales, por CCAA y provinciales y refleja, entre otras cosas, el número absoluto de profesionales colegiados así como en tasas por 100.000 habitantes.

Sin este reconocimiento, una disciplina que trabaja en el ámbito de la salud, y por la salud de los usuarios directamente, no es contemplada ni tan siquiera en estudios estadísticos.

Hoy esa realidad está cambiando. La primera promoción del Máster Universitario de Trabajo Social Sanitario, con 50 alumnos, se graduó en julio de 2015 en la UOC obteniendo un título Universitario Oficial que les acredita como Trabajadores Sociales Sanitarios, un título obtenido dentro del marco de los Estudios de Ciencias de la Salud. Estos estudios cumplen con los requisitos exigidos por la ley, publicándose el Plan de Estudios del Máster en Trabajo Social Sanitario en el BOE, en la Resolución de 18 de marzo de 2015, de la Universidad Oberta de Catalunya. Según constata la Resolución de 2 de octubre de 2014, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 26 de septiembre de 2014, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Máster y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos.

Refiriéndose al plan de estudios de este máster, expone una de sus impulsoras, “hemos desarrollado sus competencias en la asistencia, la prevención, la investigación y la docencia, también en la gestión clínica y la promoción de la salud y la educación sanitaria. Todo ello con el fin de que pudieran planificar y organizar servicios de Trabajo Social Sanitario acorde con los requisitos legales y los valores corporativos del sistema sanitario” (Colom, 2015).

Con esta iniciativa se ha conseguido iniciar un cambio en las condiciones en las que se estaba desarrollando el Trabajo Social Sanitario y afrontar, directamente, uno de los requisitos que impone la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. En este momento puede presentarse como una Titulación Universitaria Oficial dentro de los estudios enmarcados en las Ciencias de la Salud. Con este se cimenta la demanda del reconocimiento como profesión sanitaria del Trabajo Social Sanitario.

### **5.3. ESPACIOS DE RELACIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.**

#### **5.3.1. LA INTERDISCIPLINARIEDAD: UN MODELO RELACIONAL DE TRABAJO Y DE PODER.**

Aunque no es estrictamente académico, me voy a permitir introducir este apartado con una anécdota real sucedida dentro de un servicio en el que trabajaba y que pone de manifiesto la complejidad existente al conjugar factores como un modelo biopsicosocial, el trabajo en equipo y las diferencias entre profesiones sanitarias y no sanitarias.

En este dispositivo presencie como un profesional médico reprochaba públicamente, y no de buenas maneras, como las gestiones de los trabajadores sociales ralentizaban sus casos y que no realizaban sus indicaciones con la debida prontitud. La petición en sí era que tenía que conseguir plaza en un recurso municipal para personas sin hogar a un usuario con el que estaba interviniendo.

La situación se puede calificar como inapropiada y muy desajustada por varios motivos.

En primer lugar porque provenía de una compañera que formaba parte de un equipo profesional multidisciplinar, que ponía en el centro del caso “su diagnóstico y su receta” (un albergue), obviando que la intervención desde el Trabajo Social Sanitario se apoya en un diagnóstico social sanitario y asume los principios y valores de la profesión, que en este caso se dirigía en la misma dirección, pero contemplando otros caminos. También porque convertía a la persona en “su paciente” y se arrogaba el rol de líder de la intervención, por encima de todos los compañeros, e incluso de la propia persona.

En segundo lugar, porque obviaba que los recursos no se crean porque una voz autorizada o no los reclame. A veces, los recursos son los que son, tanto para una plaza de albergue como para una operación de apendicitis, y no por exigirlos se generan. También hay que considerar que la persona puede no

estar en las condiciones adecuadas para acceder a un recurso que exige ciertos requisitos de convivencia con otras personas. En este caso, la persona mantenía un consumo activo y descontrolado y el propio recurso no lo admitía con este perfil.

En tercer lugar, y quizá para mí la razón más grave, es que un profesional sanitario anteponía su “deseo-diagnóstico” a la propia opinión y consideración de la persona, que no quería estar en ese tipo de recurso y estaba intentando que su propia red familiar le diera apoyo para una pensión, como así sucedió al final. Convirtió su apreciación en mandato y dejó a la persona fuera de la decisión. ¿Despotismo ilustrado, ignorancia o simple arrogancia? ¿Dónde vuelve a quedar la participación de la persona en su proceso?

Este profesional de la Medicina, que decía trabajar en equipo y tener una perspectiva biopsicosocial, es la mejor prueba de que el papel aguanta todo pero que el día a día es otra cosa.

Esto no es más que una anécdota aislada, eso sí, que refleja el modo de actuar de un grupo minoritario que contempla la salud de una manera parcelada y, en consecuencia, a las “otras” disciplinas, entre las que se encuentra el Trabajo Social, desde una perspectiva simple e instrumental.

Aún siendo una minoría no hay que restarle importancia ya que generan un daño a la imagen del sistema sanitario en general y a las instituciones u organizaciones donde desarrollan su labor profesional en particular, ya que además, hoy por hoy copan los espacios de decisión en el ámbito de la intervención sanitaria.

Dejando atrás esta anécdota, voy a seguir la reflexión centrándome en algunos aspectos que podemos encontrar en textos legislativos consolidados. Un ejemplo: la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (modificada el 29/07/2015 y en vigor a partir del 18/08/2015) básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley define su mapa de intervención dentro de la

regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. En su artículo número 3, expone las definiciones legales dándole el marco siguiente al concepto de centro sanitario: es “el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios”.

Aparentemente engloba a todos los profesionales que trabajan en la promoción de la salud. Si continuamos profundizando en las definiciones nos encontramos que, dentro de este servicio, se pondera de manera diferente unas profesiones sobre otras. Se pone claramente de manifiesto cuando detalla el papel del “Médico responsable” como “el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”. No existe la figura del enfermero, fisioterapeuta o terapeuta ocupacional responsable, ni tampoco la del trabajador social responsable.

Esto es importante porque vuelve al concepto biológico e individual de la salud. Perfila de manera lineal y simple el itinerario de la salud exclusivamente desde la intervención clínica. No contempla que, desde que una persona entra en urgencias hasta que tiene que realizar una rehabilitación e inserción de nuevo en su vida, las fases, intensidades y prioridades tienen distintos enfoques y pesos. El objetivo será que consiga la mayor autonomía adaptada a su entorno. Tampoco contempla que la salud sigue perteneciendo a la persona, no al “paciente” ya que es ella la que demanda diferentes aspectos e intervenciones desde distintos ámbitos dependiendo de cada momento.

Esta misma ley exponía, dentro de los documentos a considerar en todo lo referido a la intervención, una perspectiva clínica, no llegando a aparecer ni la historia psicológica ni social, aunque en la realidad si se realicen.

Existe la historia clínica y el informe clínico que, aparentemente, engloban todo lo referido al paciente. Posteriormente existen dos documentos que definen claramente este posicionamiento respecto al concepto de salud: el certificado médico, que lo define como “la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento”, y el Informe de alta médica que sería el “documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas” (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

A veces resulta ridículo leer estas recomendaciones terapéuticas cuando están destinadas a colectivos en exclusión. Se les recomienda reposo, dietas equilibradas, descanso y que realicen unos ejercicios diarios para favorecer su recuperación. Cuando una persona sin hogar acude con este informe se observa que el profesional no contempló la realidad integral del usuario, ya que éste está “en situación de calle”, tiene una movilidad física reducida y en ese momento no tiene recursos para paliarla y no puede elegir tener una dieta u otra.

El cuidado de la salud parece finalizar con la intervención médica y con el fin de su estancia en el dispositivo especializado. Todo el trabajo que se ha realizado anteriormente, a favor de la salud de la persona, puede perderse porque no se ha contemplado la salud desde lo biopsicosocial y tampoco se ha contemplado el papel de la persona dentro de su diagnóstico, como decía antes, el “papel aguanta todo”, otra cosa es la realidad.

Vuelvo al documento de la historia clínica con el objetivo de ver si las perspectivas psicológica y social se contemplan en su contenido. Para ello observamos la siguiente definición: “La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente”. Con esta definición podría tener cabida otra información. La finalidad de este documento es “facilitar la

asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud”. Aquí ya se delimita el interés a aquel que el criterio médico considera adecuado y no al de otro profesional, aspecto que se refuerza si analizamos el contenido mínimo que tiene que tener la historia clínica desarrollada en el capítulo 5 de la citada ley. Éste sería el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico estadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.
- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) El gráfico de constantes.
- o) El informe clínico de alta.



Con esto queda claramente evidenciado que la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica no contempla la intervención desde el ámbito social ni psicológico, ya que no detalla la obligación de documentar la intervención en salud desde estos ámbitos y, por lo tanto, no existe la posibilidad de que el ciudadano reclame el derecho a conocer esta intervención.

Vuelvo a citar la fecha de la última modificación y de su entrada en vigor para enfatizar lo que considero un “olvido” inexcusable y una demostración de la conceptualización parcelada de la salud de los ciudadanos. Ya que solo se contempla y se detalla el registro de los datos referentes a la intervención médica, aún cuando el resto de profesionales también registra sus intervenciones. Desde luego el colectivo de trabajadores sociales lo hacemos desde nuestras historias sociales, fichas, informes, escalas de valoración o proyectos de intervención. Tenemos la obligación, con nuestra profesión y, sobre todo con el ciudadano, de cuidar y realizar un registro de la información y acciones llevadas a cabo.

A la luz de estos detalles podemos entender mejor las disonancias que se encontraban en la lectura de los códigos deontológicos médico y de Trabajo Social cuando se abordaba el trabajo en equipo y la relación con otros profesionales. Traigo el recordatorio de la comparativa de estos aspectos en tabla siguiente.

Tabla 22

*Códigos Deontológicos.*

COMPARACIÓN ARTÍCULOS “RELACIÓN CON OTROS/AS PROFESIONALES”	
<p>Artículo 41.</p> <p>1.- El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales al servicio de la salud y tendrá en consideración las opiniones de ellos acerca del cuidado de los pacientes.</p> <p>2.- El médico respetará el ámbito de las competencias de sus colaboradores. Procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas.</p>	MÉDICO
<p>Artículo 24.- En los casos en los que exista una intervención simultánea con otros profesionales, el/la profesional del trabajo social debe procurar la coordinación necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en la que ejerza su actividad.</p> <p>Artículo 26.- El/la profesional del trabajo social promueve el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas con los/las colegas y profesionales de otras disciplinas a fin de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención social.</p> <p>Artículo 27.- El/la profesional del trabajo social preste desinteresadamente orientación y guía, así como atención a las demandas, con la máxima diligencia a los/as colegas que lo soliciten.</p>	TRABAJO SOCIAL

Nota. Elaboración propia a partir de datos de los Códigos Deontológicos de los colectivos profesionales Médico y de Trabajo Social.

Vemos que en el apartado 2 del artículo 41 del primer código detallaba que el médico "...procurará que cada miembro del grupo cumpla correctamente sus obligaciones específicas", mientras que el segundo se promueve la coordinación, el intercambio y prestar desinteresadamente y orientación y guía.

Después de mirar este trasfondo, se entiende que las relaciones entre profesionales no son horizontales y que detrás existe una ponderación diferente en el ejercicio de la autoridad. Por lo tanto, también existe una manera distinta de acercarse a contemplar la salud. Desde aquí se pueden entender actitudes como las que señalaba en la anécdota del principio del capítulo.

Aquí nos encontramos el tema de las relaciones interprofesionales y el trabajo en equipo. Para darnos el marco de cómo tendrían que ser, podemos recurrir a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias que nos ofrece el siguiente escenario del que extraigo parte de lo que cita en su artículo número 9:

1. La atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas.

2. El equipo de profesionales es la unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos.

3. Cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales, se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el equipo.

Entonces, ¿es la interdisciplinariedad la perspectiva más eficaz para potenciar el trabajo de los equipos multidisciplinares en salud?

El concepto de interdisciplinariedad dentro del campo de la salud se refiere a la cooperación de diferentes disciplinas, con el fin de conseguir una mejor aproximación al conocimiento de las causas, consecuencias y posibles soluciones, de la pérdida o deterioro de la salud en un individuo, grupo o entorno comunitario.

El problema no está en el fin, que es el conocimiento, sino en cómo se relacionarán estas disciplinas en la aportación del conocimiento y en el desarrollo del diagnóstico. Si alguna de ellas tiene una hegemonía en su visión, puede influir en un diagnóstico sesgado, que en sí ya no será un buen diagnóstico de la situación.

El papel de los trabajadores sociales en los hospitales y el nexo con los equipos médicos no guarda una relación de igualdad, aún formando parte de equipos multiprofesionales y con dinámicas de coordinación interdisciplinar, pero no transdisciplinar (National Institute for Social Work, 1992).

La transdisciplinariedad concierne a “lo que está a la vez entre las disciplinas, a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente en el cual uno de los imperativos es la unidad del conocimiento” (Nicolescu, 1998). Entretanto, la perspectiva multi o interdisciplinar pone en común el conocimiento pero esta confluencia se queda en “un estado de mezcla, sin alcanzar el de combinación” (De la Herrán, 2011).

Considero que esta perspectiva es congruente con la complejidad del fenómeno investigado ya que mantiene que el conocimiento se adquiere a través de la suma del saber de diferentes vías disciplinares. También mantiene que este ejercicio modifica y enriquece a cada una de estas disciplinas, consiguiendo, con esto, una visión de conjunto y una relación de integración de los diferentes campos del conocimiento.

La transdisciplinariedad constituye una alternativa adecuada para sumergirse en la complejidad del hecho estudiado, la/s persona/s y su estado de salud junto con los factores que inciden y pueden verse afectados por la pérdida o disminución de este estado, etc. También si entendemos el Trabajo Social como ciencia holística. Aunque necesitemos perder, por el camino, complejos, miedos, prejuicios y egocentrismos profesionales.

Como comenta De la Herrán (2011), todo depende de la apertura del profesional y de su sensibilidad para salirse de los cauces tradicionales con los que cada disciplina ha generado su “conocimiento”. No es la suma de conocimientos, si no la fusión de los mismos lo que genera una nueva perspectiva.

### **5.3.2. LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA.**

Podemos entender que con la coordinación adecuada entre los sistemas sanitarios y sociales a los que vengo refiriéndome se tendría resuelto el problema de la atención a los denominados “pacientes sanitarios” pero ¿existen espacios e iniciativas para encontrarse estos dos sistemas?

Desde la Administración del Estado se realizó una propuesta de modelo de coordinación sociosanitaria orientado a optimizar los recursos públicos y, en consecuencia, a realizar una intervención más eficaz y eficiente, y por lo tanto más sostenible, orientada hacia una “nueva cultura del cuidado” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, IMSERSO, 2011). Un sistema de coordinación sociosanitaria que permitiría afrontar, de manera especial, la respuesta que se puede dar a las necesidades complejas de los colectivos más vulnerables y que, además, son los que suelen generar un mayor coste presupuestario.

El abordaje integral se debe plantear a lo largo de todo el proceso de asistencia a la persona, contemplando, tanto su propia participación en el mismo, como los aspectos bioclínicos, funcionales, psicológicos y sociales que influyen, o pueden verse influidos, por el suceso. Para ello se requiere un trabajo en equipo y, como decía anteriormente, desde un planteamiento que rompa las fronteras disciplinares para generar un diagnóstico y plan de intervención realmente global y personalizado, no parcelado desde una o varias disciplinas y que, además, enriquezca a las mismas.

En el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria editado por la dirección general del IMSERSO, citando a Martín Jiménez, Oliva, Vilaplana, Herrera, Muñoz y Martín (2011), se identifica como dificultad para obtener un tratamiento adecuado para los denominados pacientes socio sanitario, las siguientes cuestiones:

- ✓ Estos sistemas (el sanitario y el social) no se diseñaron para ser sinérgicos.
- ✓ El Sistema Nacional de Salud ha desarrollado su red asistencial para atender adecuadamente la patología aguda pero no la enfermedad crónica.
- ✓ El sistema de atención a la dependencia se ha visto obligado a desarrollar, dentro de sus propios recursos, determinadas prestaciones de carácter sanitario por la evolución de las necesidades de las personas que atienden.

Me parece especialmente interesante la aportación que señala cómo se ha desarrollado un modelo de atención centrado en la intervención del episodio agudo. También resulta interesante que esta visión fragmentada sea una de las principales razones por las que una intervención que trascienda en el tiempo (por lo tanto a lo meramente puntual) y que tenga consecuencias en la realidad global de la persona y su entorno no se aborde desde una mirada de las disciplinas más compleja, transdisciplinar.

Como consecuencia, se han creado recursos que dispensan servicios relacionados con las competencias del sistema sanitario pero que están gestionados fuera del mismo. Éstos, en algunos casos, tienen un marcado acento social, tales como dispositivos residenciales, centros de día o recursos sociolaborales. Esta dualidad en la pertenencia de algunos recursos no favorece la adecuada coordinación sociosanitaria.

Además de estas cuestiones, hay que sumar un aspecto más relacionado con la estructura geopolítica del Estado. El diferente ámbito competencial entre el Estado y las CCAA es una de las causas que dificulta la elección e implantación de un modelo único de coordinación sociosanitaria. Se suma a esta causa, no solamente el hecho diferencial de lo geográfico, sino también de lo financiero ya que existe una inversión y distribución entre las CCAA diferentes y también una diferente asignación presupuestaria a los dos sistemas. Las CCAA han abordado la implantación de modelos organizativos de coordinación sociosanitaria desde diferentes ópticas, como por ejemplo planes de salud o los planes de atención a la dependencia (personas mayores, enfermedades mentales, etc.) pero, a fecha de hoy, a pesar de que se contempla la idoneidad y la existencia de un cierto consenso, debido a esta estructura descentralizada, solamente existen recomendaciones.

La evolución e historia de ambos sistemas han sido diferentes y desiguales. El objetivo es un horizonte convergente, desde una visión integral de la atención que aporte mayor potencial en la intervención a favor de la salud y del bienestar de la persona. Una experiencia de esta acción conjunta es la que ya se produce entre el sistema de servicios sociales, el de atención sanitaria y el de atención a la dependencia.

#### **5.4. DIMENSIONES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO.**

Desde que el Trabajo Social en Salud se inicia a principios del siglo XX con la creación del primer servicio de Trabajo Social en Salud en el Hospital General de Massachussets hasta nuestros días, el peso de la atención sanitaria centralizada en el dispositivo, generalmente el hospital, ha ido cambiando, de la mano de la atención primaria, hacia espacios donde la participación y la perspectiva comunitaria se suman a la intervención que tenía sus límites, principalmente, en el paciente y en el propio centro hospitalario.

La atención integral exige a los profesionales de la salud una visión general de la persona y su entorno y obliga, e imprime, la necesidad de una intervención y coordinación intra e intersistemas. En esta coordinación ya no es solamente el centro de salud la puerta de entrada ni la frontera que limita la intervención, como se puede demostrar claramente en el tema de la dependencia.

La intervención tiene que tener su base en la investigación, no solo de la persona, sino que, como indica la Asociación Española de Trabajo Social y Salud desde su presidenta Agustina Hervás de la Torre, hay que "...conocer adecuadamente los procesos organizativos y comunitarios que influyen en la efectividad de la intervención social y la implementación de programas y las dinámicas de funcionamiento de los entornos comunitarios y los problemas sociales." (Hervás de la Torre, 2013).

El Trabajo Social en el campo sanitario tiene como objetivo apoyar a la persona, al usuario y a su familia, pero también actuar sobre aquellas circunstancias y actores sociales que puedan interferir en el proceso de recuperación y estabilización de su salud.

En algunos países de Latinoamérica donde, generalmente, la tradición y prácticas comunitarias están más arraigadas, nos encontramos como la



influencia de los determinantes biológicos, psicológicos y sociales que engloban el concepto de salud, son abordados desde la Atención Primaria por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Éstos, en contacto con las redes comunitarias, incluidas sobre todo las de los propios usuarios, desarrollan acciones de promoción de salud entendiendo que los “...vínculos entre las redes sociales y de la salud es importante para construir prácticas que tienen en cuenta las necesidades de la población y su integración en el contexto de sus vidas.” (Pinheiro y Guanaes-Lorenzi, 2014).

El componente que tiene que ver con la participación, tanto de la persona como de su contexto, influye en que se puedan incorporar prácticas del cuidado de la salud desde los ámbitos familiares y comunitarios de la persona.

Estamos inmersos en lo que se denomina la “tercera revolución industrial” o la revolución de la información (Nye, 2011). Ésta pone en relieve la globalización como hecho que ha favorecido que el ciudadano se sitúe desde una perspectiva de relación de poder diferente ante el Estado y sus instituciones y herramientas, entre las que se encuentra los sistemas de salud.

Respecto a este cambio en las relaciones de poder comenta Joseph S. Nye que “...el profesional no es ya el que tiene y ejerce el poder y más concretamente dentro del campo de la salud el profesional médico, quien la ha ejercido casi de manera plenipotenciaria. La información está al alcance de las personas y la posibilidad de ejercer sus derechos o de simplemente implementar su capacidad en la participación...Ya es posible acceder a la información sobre un tratamiento, medicamento concreto o atención de un dispositivo. Si la participación se abre camino es tanto para los usuarios como para el conjunto de profesionales que forman parte de un equipo.” (Nye, 2011).

Estos cambios derivados de la globalización generan nuevos niveles de interdependencia, dónde el Trabajo Social tiene que contemplar a la persona en relación con su familia y con el entorno social en el que todos interaccionan y conviven. Las acciones de promoción, prevención y atención de la salud

deben estar coordinadas con esa comunidad y utilizar los recursos que ofrece la misma para ayudar a restablecer la dinámica que la enfermedad ha podido cambiar. Asimismo, la participación de los diferentes agentes sociales debe conseguir la implicación en las necesidades de salud de la comunidad.

El Trabajo Social no debe mirar solamente la participación como vía para generar y promover interacciones de cara a la consecución de objetivos relacionados con la promoción o aumento de la salud del individuo. También tiene que proyectarse hacia procesos que impulsen la participación descentralizada y que sirvan de altavoz a los ciudadanos como una nueva forma de democracia participativa, más directa y deliberativa, es decir, con alternativas que den "voz y rostro" a la ciudadanía plural (Pastor, 2004). Que permitan, también, a las personas más excluidas, participar activamente de los intereses comunitarios, es decir, como recuerda el Código Deontológico en su artículo 12, el Trabajo Social tiene la responsabilidad de "...ejercitar su profesión a fin de identificar y desarrollar las potencialidades fortalezas de personas, grupos y comunidades para promover su empoderamiento" (Consejo General del Trabajo Social. Código Deontológico, 2012).

Una nueva vía para fomentar la participación de los ciudadanos es la que se realiza desde las plataformas virtuales. Aún siendo esta una buena herramienta para promover dicha participación, comparto la preocupación que señalaba en su tesis doctoral M<sup>a</sup> Dolores Rodríguez al poner en relieve el riesgo de "potenciar la línea de lo virtual y abandonar a la persona" (Rodríguez, 2013).

Este protagonismo de la sociedad civil con relación a las desigualdades sanitarias no puede desvincularse de la propia responsabilidad que ostenta el Estado. Es más una combinación de ambos enfoques de manera ascendente y descendente. Es poner en valor la dimensión política, las metodologías más ecológicas y comunitarias que orientan al Trabajo Social y que tienen que ver con la prevención, la gestión de la salud y la intervención directa como expresión y característica del derecho a la salud.

## **5.5. TRABAJO SOCIAL SANITARIO: DEFINICIÓN Y PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN.**

Los trabajadores sociales forman parte del sistema de cuidado de la salud. Por este motivo, en este apartado, voy a profundizar en la parte más práctica de esta cuestión partiendo de algunas definiciones y terminando en áreas concretas donde intervienen.

Como hemos visto, los fundamentos teóricos del Trabajo Social se desarrollan desde la construcción teórica y práctica propia y desde la influencia de otras como “las teorías de otras ciencias humanas, incluyendo sin límite el desarrollo comunitario, la pedagogía social, la administración, la antropología, la ecología, la economía, la educación, la gestión, la enfermería, la psiquiatría, la psicología, la salud pública y la sociología” (FITS, 2014).

Esa construcción del conocimiento desde ámbitos sanitarios nos da la posibilidad de situarnos y desempeñar nuestra labor desde este ámbito, pero sobre todo, la visión de la persona y de la propia enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial.

Este posicionamiento llega a plantear, en algunos textos, el término de “paciente social” refiriéndose a la persona atendida en el sistema de salud por el trabajador social. Yo, personalmente, creo que parcelando a la persona no vamos en la dirección de lo “integral”. La persona, usuario, paciente, se le categorice como se le categorice, es el sujeto de la atención, junto a sus circunstancias, volviendo a ser orteguiano, y no contemplarlo así nos podría llevar a la absurda categoría de “pacientes no sociales”.

La intervención de Trabajo Social se puede entender como una forma de acción social, consciente y deliberada, que se realiza de manera expresa. Integra supuestos ideológicos, políticos y filosóficos con propuestas metodológicas. Supone un proceso que parte del conocimiento de problemáticas: identificar actores, situaciones y circunstancias para promover su desarrollo humano. Reconoce diferentes realidades subjetivas, desde

perspectivas particularizantes, y se apoya en teorías sociales que juegan un papel explicativo y guían el conocimiento, proceso y resultados (Corvalán, 1996).

Como ejercicio profesional, la intervención de Trabajo Social expresa un saber hacer especializado que se puede comprender a partir de cuatro tipos de conceptos:

1. Los que constituyen el punto de partida como profesión: acción y práctica social.
2. Los estructurales o esenciales: sujetos, objetos, intencionalidades, fundamentación, metodología y métodos, cada uno de los cuales, requiere lectura y comprensión específica, compleja, relacional. Leer la intervención implica comprender contextual, conceptual, teórica y metodológicamente estos componentes.
3. Los condicionantes que imprimen sellos particulares, una direccionalidad específica.
4. Los efectos consecuentes que dan cuenta de la materialización del ejercicio (Cifuentes, Pava, Rodríguez y Valenzuela, 2002).

A continuación señalo algunas de las definiciones. Aunque el concepto de salud si contempla la perspectiva social, la integra dentro de una intervención principalmente sanitaria y en un “tercer lugar”.

En el campo sanitario, el Trabajo Social es definido por Amaya Ituarte de la siguiente manera: “La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas” (Ituarte, 1992).

Colom lo define como: “El Trabajo Social Sanitario es la especialidad del Trabajo Social que se desarrolla y se ejerce dentro del sistema sanitario: en la atención primaria, la atención sociosanitaria o la atención especializada” (Colom, 2010).

Según datos de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), actualmente más de una tercera parte de los trabajadores sociales de todo el mundo desempeñan sus tareas profesionales en el ámbito sanitario y, casi la mitad de todos los que existen en el mundo, ejercen actividades que tienen que ver directa o indirectamente, con la salud de la población.

En una línea parecida encuentro la siguiente definición: “Los trabajadores sociales aportan a la atención sanitaria la evaluación y el análisis de los factores sociales que inciden en la enfermedad, y en la medida de lo posible, tratan de paliar los efectos sociales problemáticos que surgen de la misma (García y Meneses, 2009).

Desde la Oficina de Estadísticas Laborales de USA, en el *Occupational Outlook Handbook* (OOH) “los trabajadores sociales clínicos diagnostican y tratan los problemas mentales, conductuales y emocionales” (OOH, 2015).

Los diferentes niveles de intervención que tiene el Trabajo Social en función de la atención a casos de usuarios y familias, a grupos y a comunidades, se mantiene como marco, también dentro del ámbito de la salud. En la medida en que sea posible y pertinente, se deben generar estrategias diferentes de intervención y hacer frente a dinámicas y procesos diversos en cada uno de ellos.

En lo referente a la intervención individual o con casos y familias, nuestra competencia se centrara en realizar una adecuada investigación, evaluación y diagnóstico psicosocial continuo de la persona y el correspondiente diagnóstico de los criterios de riesgo social que influirán en el tipo de intervención sociosanitaria que requiere el usuario.

La familia es el principal recurso social de la persona, además de ser, frecuentemente, el soporte emocional de la misma. Por lo tanto esto la convierte en objeto de intervención, especialmente en aquellos procesos largos como puede ser el de hospitalización o el de tratamientos prolongados en el tiempo, como los realizados en la red de salud mental o de adicciones. Ya sea, dicha intervención, para potenciar la red de cuidadores durante el período de atención inmediato o para apoyar el tratamiento y la intervención más a largo plazo que se realice con la persona.

La intervención grupal se utiliza mucho, tanto en la intervención como en la rehabilitación desde fórmulas y contenidos socioeducativos, para potenciar aprendizajes y reflexiones y para dinamizar a la persona y generar cambios de actitudes o en sus habilidades sociales.

En el trabajo comunitario las posibilidades de trabajar la prevención, detección de zonas y poblaciones vulnerables o de riesgo, identificar barreras sociales o movilizar a la comunidad para buscar y generar soluciones comunes a estos problemas, también es ineludible. A pesar de esto no se potencia lo realmente necesario para acercar a la ciudadanía al sistema sanitario desde la participación y el empoderamiento.

Cabe preguntarnos con qué herramientas concretas se lleva a cabo la práctica. La historia social, la ficha social y el informe social son las herramientas que le permiten al trabajador social sistematizar, organizar y gestionar adecuadamente su trabajo. Sin olvidarnos de otros documentos propios de cada servicio y de las fuentes documentales especializadas del mismo.

Y ¿qué funciones concretas desarrolla el trabajador social? No existen unas funciones únicas ya que, dependiendo del espacio sanitario específico, el trabajador social interpretará y modulará estas funciones de un modo determinado.

A pesar de ello, a modo de guía general, resumo las funciones expuestas por García y Meneses (2009):

- ✓ Realizar una valoración y diagnóstico de la situación social del paciente determinando el tratamiento y los recursos sociales necesarios para el mantenimiento de la salud.
- ✓ Asesoramiento y orientación sobre los recursos sociales.
- ✓ Trabajo con el contexto familiar implicándole en el proceso de recuperación de la salud.
- ✓ Prevención y promoción de la salud mediante el análisis y detección de los factores sociales comunitarios que produzcan un deterioro de la salud en la población.
- ✓ Prestación de soporte psicosocial.
- ✓ Coordinación y tramitaciones intra-interinstitucionales.

#### **5.5.1. TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.**

La Atención Primaria (AP) suele ser el punto de contacto más cercano al ciudadano y el que tiene más conocimiento no solo de la realidad del individuo si no también del entorno social en la que vive y de su red de convivencia. Desde 1984, con el inicio de la reforma sanitaria en España, se incluye a los trabajadores sociales en el campo de la Atención Primaria en salud.

Para enmarcar el contexto donde realiza su desempeño profesional el Trabajo Social, voy a exponer, en primer lugar la definición de atención primaria de salud que la OMS describe en el Informe de la Conferencia sobre atención primaria de salud celebrada en Alma-Ata en 1978:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la

comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y donde trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978).

La atención a la salud, como hecho, se desliga de la enfermedad para ampliar su nivel de intervención a otros determinantes de la salud, como el “desarrollo social y económico global de la comunidad” o la “participación” que permita poner al alcance de las personas y comunidades la asistencia y promoción de la salud.

Ampliamos este contexto centrándonos en la situación de España, donde la Ley de Sanidad de 1986 se constituye en el marco de defensa de los servicios públicos, garantes del derecho a la salud, y refuerza la dimensión de la AP dentro del modelo organizativo dándole funciones de puerta de entrada y modulador del sistema sanitario.

Para comenzar a fundamentar la presencia del Trabajo Social en la AP, vuelvo a mirar hacia el marco legal y normativo que es el que legitima el ejercicio de funciones propias. Para ello cito la Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, cuyo objeto es el de situar el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias. Este aporta, en 2 de sus artículos, aspectos relacionados con la presencia del Trabajo Social en la AP. En el artículo 12.1 refiere que:

“La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente,



actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.”

Más adelante, en su artículo 14.1, hace referencia a la prestación de atención sociosanitaria como “Conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por especiales características, pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

Introduce claramente el concepto de atención sociosanitaria y sitúa la atención, no solamente en el episodio agudo de la enfermedad, sino que en el artículo 14.1.3 refiere que “La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales...”.

Otro ejemplo de texto jurídico es el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización aborda el tema de la Cartera de Servicios Comunes del SNS. Con el objetivo de “garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud”, su artículo 4, referido al “Personal y Centros autorizados”, señala claramente que estas prestaciones sanitarias deben ser realizadas por “los profesionales sanitarios titulados, regulados por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Todo ello sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales en el ámbito de sus respectivas competencias”. Con esto, el Trabajo Social quedaría fuera de la autorización.

Aunque en el artículo 12.1 de la Ley 16/2003, de 28 mayo, aparece incluido dentro de la Atención Primaria, en el texto legislativo, en diferentes momentos, se aborda la salud desde el entorno social, la familia y el concepto de continuidad asistencial, aspectos que están en concordancia con la

incorporación del Trabajo Social para abordar estas perspectivas de intervención.

Las zonas básicas de salud son las demarcaciones territoriales y de la población en donde actúa el Equipo de Atención Primaria (EAP). Respondiendo a la estructuración en zonas básicas, en la ciudad de Madrid, existen 126 Centros de Salud que dan cobertura a una población de 3.169.519 habitantes, según datos del Padrón Municipal, septiembre 2015. La Comunidad de Madrid, en su portal de salud, muestra una tabla con la población asignada a la AP según tramos de edad. Me parece interesante, sobre todo, el aspecto del envejecimiento de la población y su consecuente aumento en la atención en esa franja de edad y unirlo a la cuestión del concepto de continuidad asistencial (Pizarro et al., 2007), ya que es quizás, en este intervalo de edad, donde este concepto de intervención se da de manera más ineludible.

Tabla 23

Población total asignada a los Centros de Atención Primaria por tramos etarios.

POBLACIÓN ASIGNADA			
	2011	2012	2013
0-2 Años	210.352	199.703	192.085
3-6 Años	289.897	295.162	299.961
7-13 Años	441.574	455.218	472.309
14-64 Años	4.392.248	4.350.422	4.367.733
>65 Años	969.382	999.470	1.032.409
Población total	6.303.454	6.299.975	6.364.497

Nota: Recuperado de CIBELES: Sistema de información poblacional y gestor poblacional y de recursos. Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud, 2014.

Toda persona que tenga una tarjeta sanitaria tiene asignado un Centro de Salud y un equipo multiprofesional para su atención, pudiéndose decir que la cobertura en Madrid es casi universal. La excepción se sitúa, principalmente, en la población inmigrante que no tiene su situación jurídica regularizada y que solo tiene asegurada la accesibilidad al sistema público, al servicio de urgencias, a la población infantil y a los casos de maternidad. Es un problema serio que afecta a un porcentaje de población que, aunque está en descenso,

según las cifras padronales debido al efecto retorno provocado por la crisis, supone un ejemplo de discriminación y de ruptura de los principios de universalidad y gratuidad.

A finales de 2015, fruto de la demanda social y de la nueva situación de movimientos migratorios producidos por los conflictos bélicos en la franja de países árabes, se generaron reuniones de coordinación entre las administraciones central y autonómicas para resolver el tema de la tarjeta sanitaria. Mientras tanto, la atención sanitaria la han estado ofreciendo otros recursos, tales como Centros Municipales de Salud, Caritas Madrid, Cruz Roja, otras ONG (Karibu, etc.), centros de inmigrantes y también, aunque es una solución de difícil acceso por el coste económico, el sector privado.

Como he expuesto las características y composición generales de los equipos de AP están constituidos por profesionales sanitarios y no sanitarios. El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud recoge la composición de los equipos de AP del siguiente modo:

- ✓ Los Médicos de Medicina General y Pediatría, Puericultura de Zona, Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, Matronas y Practicantes de Zona y Auxiliares de Clínica adscritos a la Zona.
- ✓ Los Funcionarios Técnicos del Estado al servicio de la Sanidad Local adscritos a los Cuerpos de Médicos, Practicantes y Matronas titulares radicados en la Zona.
- ✓ Los Farmacéuticos titulares radicados en la Zona colaborarán con el Equipo, de acuerdo con criterios operativos y fórmulas flexibles en la forma en que se determine.
- ✓ Los Veterinarios titulares radicados en la Zona podrán integrarse en el Equipo de Atención Primaria, aplicando criterios operativos y de colaboración en la forma en que se determine.
- ✓ Los Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales.
- ✓ El personal preciso para desempeñar las tareas de administración, recepción de avisos, información, cuidados de mantenimiento y

aquellos otros que se estimen necesarios para el mejor funcionamiento del Centro.

✓ En la medida en que la propia dinámica de implantación y desarrollo de los Equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan, podrán incorporarse al mismo otros profesionales.

Una vez situado al Trabajo Social dentro del equipo, nos quedaría ver que funciones, además de la intervención individual o área de atención directa, desarrolla o podría potenciar. En la literatura consultada no existe una homogeneidad sobre las áreas de intervención. Expongo, a continuación, una miscelánea de aquellas áreas principales que he encontrado en esta literatura.

➤ Atención familiar. Área de intervención con una intensidad de abordaje escasa y muy centrada en problemáticas concretas como pueden ser la de menores con problemas psicosociales, violencia de pareja y mayores dependientes.

➤ Enfoques de intervención comunitaria y de participación. En esta área se encuentran las diferentes estrategias para promoción de la salud y fomento del autocuidado. Estas son las que se realizan desde hace tiempo, en el área de la educación para la salud, especialmente en centros educativos o las elaboradas a demanda para grupos específicos (VIH, poblados marginales, grupos de autoayuda relacionados problemas de adicción, etc.). También tiene un importante campo de intervención en los planes y procesos comunitarios. En los últimos años se han producido experiencias de procesos comunitarios en diversos distritos municipales de Madrid, donde se han aplicado metodologías de intervención social y donde los dispositivos sanitarios de cercanía han participado. A título de ejemplo señalo dos con los que tuve relación en mis inicios profesionales, el Plan Comunitario de Carabanchel Alto o el Plan Comunitario de Pan Bendito, sin olvidar otros como el Plan 18000 de Puente y Villa de Vallecas o el Plan de Moratalaz.

➤ Coordinación con otros recursos, asociaciones e instituciones pertenecientes al sector social como los grupos de ayuda mutua, proyectos de

intervención social, redes y líderes de la comunidad, movimientos asociativos de la zona, agentes comunitarios de salud, etc., así como la coordinación con los recursos sociales de la zona.

➤ Acciones intersectoriales. Son una oportunidad para afrontar el acompañamiento de la persona desde una visión transdisciplinar. Existen dificultades derivadas de la carga laboral o de la rigidez en las estructuras, por un lado, y por la falta de perspectiva profesional para entender esta intervención desde un abordaje integral.

Existen algunos ejemplos de esta práctica entre los que destacan:

- Comisiones sociosanitarias de atención al mayor.
- Comisión de protección del menor.
- Comisión para el abordaje de la violencia de género.
- Comisión de coordinación de atención a las drogodependencias.

➤ Acciones relacionadas con la docencia e investigación, referenciando en esta área aquello que tiene por objeto el desarrollo profesional y el estudio de los factores sociales en salud.

Frente a lo anteriormente expuesto, nos encontramos con la realidad, donde la figura del trabajador social, a pesar de tener espacio físico y temporal de atención en los centros de salud, no contabiliza como “consulta”. Y es que, si acudimos a las estadísticas del Sistema de Información de Atención Primaria (2014), en adelante SIAP, o del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, nos encontramos en ambos casos que no se recogen las atenciones realizadas en Trabajo Social.

En el caso del SIAP, se mide la actividad asistencial en centros de Atención Primaria y a domicilio en número de consultas o frecuentación general, según la categoría profesional considerada (medicina de familia, pediatría o enfermería). Esta medición incluye la atención a su centro de salud,

los desplazamientos a domicilio del profesional o las derivadas de una extracción de sangre.

Según esto, en 2013, la frecuentación general (media de consultas por persona y año) fue de:

Tabla 24

*Actividad asistencial ordinaria 2013.*

Categoría Profesional	Media de consultas
<b>Medicina</b>	5,3
<b>Medicina de Familia</b>	5,4
<b>Pediatría</b>	5,0
<b>Enfermería</b>	2,9

Nota: Recuperado de SIAP - Estadísticas de Población, Recursos y Actividad 2014.

O la contabilización que realiza sobre las consultas el SERMAS, queda reflejado en la tabla siguiente:

Tabla 25

*Número de consultas totales en el año en Asistencia Primaria.*

TOTAL DE CONSULTAS EN EL ÚLTIMO AÑO			
	2011	2012	2013
Medicina de familia	29.636.531	28.720.531	28.681.167
Pediatría	4.879.708	4.652.454	4.820.522
Enfermería	15.361.887	14.887.028	15.302.671

Nota: Recuperado de Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud (2011-2013).

También es llamativa la lectura que realiza la Comunidad de Madrid, desde el Observatorio de Resultados, dentro de su Informe de Atención Primaria, en los años 2011-2013, donde, al analizar la atención al paciente y queriendo conocer las opiniones y experiencias del paso de los pacientes por el

centro de atención primaria, analiza los siguientes indicadores para valorar el nivel de satisfacción, reclamaciones y sugerencias de mejora de la calidad asistencial:

- ✓ Satisfacción global con la atención recibida.
- ✓ Grado de recomendación del centro.
- ✓ Satisfacción con la facilidad para conseguir cita con médico familia/pediatra.
- ✓ Satisfacción con el médico de familia o pediatra.
- ✓ Satisfacción con el profesional de enfermería.
- ✓ Satisfacción con la comodidad y confort de la sala de espera.
- ✓ Índice de reclamaciones.

Tampoco aquí queda reflejada la atención que el profesional del Trabajo Social realiza en el mismo ámbito que el resto de los profesionales.

Resumiendo: como he comentado la Atención Primaria en Madrid se enmarca dentro del Sistema Sanitario Público y de la estrategia de Promoción de la Salud. Perfilada por la importante crisis financiera mundial, se han vivido momentos de recortes presupuestarios y ajustes en los servicios y prestaciones. Como he señalado en anteriores capítulos, la atención sanitaria y en concreto los servicios de AP se valoran como una importante conquista social y se han convertido, por ser un servicio de proximidad y accesibilidad al ciudadano, en la puerta principal de entrada del sistema de protección de la salud.

El trabajador social, según las citadas directrices legales, forma parte de los equipo de Atención Primaria con un papel específico, aunque con un protagonismo o peso muy limitado debido, principalmente, al modelo organizativo de los equipos de AP y Centros de Salud. Éste aparece como un modelo a escala del modelo biomédico especializado, y que, de entrada, no pone en tela de juicio sus criterios, contenidos y metodología pero que permite cambios más profundos hacia un modelo integral de atención a la salud.

Todo esto se puede comprobar al intentar acceder a la información sobre los profesionales del Trabajo Social que desempeñan su labor profesional en los equipos de AP. Esta información no se obtiene en los portales de información oficiales pero, por mi experiencia de campo procedente de la investigación realizada, la media es menos de uno por centro de AP.

Esto sitúa, comparativamente, el peso específico del área social en el abordaje biopsicosocial de modo deficitario y descompensado. La orientación asistencial del modelo de atención también se sitúa lejos de una perspectiva integral. Es desde ésta desde donde el Trabajo Social desempeña sus competencias y rol profesional dentro de una perspectiva de continuidad asistencial y, sobre todo, en aquellos enfermos complejos o en situación de cronicidad dentro del proceso asistencial, como pueden ser la población mayor.

Recordar simplemente que la delimitación del marco territorial que abarcará cada Zona de Salud, según el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano. En lo referente al personal, diferencia entre personal sanitario auxiliar titulado, cuyo número se fijará teniendo en cuenta la población a atender, y resto de personal, entre los que se encuentran los profesionales del Trabajo Social, cuyo número se fijará teniendo en cuenta las necesidades de su Zona de Salud. El resultado es que ni tan siquiera hay un trabajador social por cada centro. ¿Esto responde al análisis de las necesidades de la Zona de Salud? No he encontrado ningún estudio o documento que de razón a este dato.

### **5.5.2. TRABAJO SOCIAL EN ÁMBITO HOSPITALARIO.**

Desde 1905, con la creación del primer Departamento de Trabajo Social en el Hospital de Massachusetts, denominado Servicio Social Médico, hasta nuestros días, donde las unidades de Trabajo Social se han incorporado en la mayoría de los hospitales del sistema público de salud, la evolución y presencia del Trabajo Social en el ámbito hospitalario ha ido en aumento y se ha



convertido en otro servicio especializado que da cobertura, no solamente a las personas que están ingresadas y a sus familias, sino también a aquella población que utiliza las consultas externas o los servicios de urgencias.

Este recorrido histórico comenzó en nuestro país en 1950 en el marco del antiguo Hospital Provincial, actualmente Hospital General Universitario Gregorio Marañón y más concretamente dentro del Servicio de Psiquiatría dirigido por el Dr. López Ibor.

Paulatinamente van incorporando la presencia de la antigua figura de los “Asistentes Sociales”. En 1958, en los hospitales del Niño Jesús y Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela, en 1959 en el actual Hospital de la Princesa, anteriormente denominado Hospital de la Beneficencia General del Estado. En 1964 lo hace en el Hospital Universitario La Paz y en la, hoy desaparecida de su ubicación originaria, Clínica Puerta de Hierro. En 1971 se crea en el Hospital Clínico Universitario San Carlos y en 1973 en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

Es interesante ver que este aumento de la presencia de profesionales en el ámbito de la sanidad es anterior a la creación, en 1967, de la primera Escuela Oficial de Asistentes Sociales.

El 30 de enero de 1979 el Director del Instituto Nacional de Previsión remite un escrito con las funciones básicas del Trabajo Social de Hospitales (citado por Pizarro et al., 2007) quedando establecidas en los siguientes ámbitos:

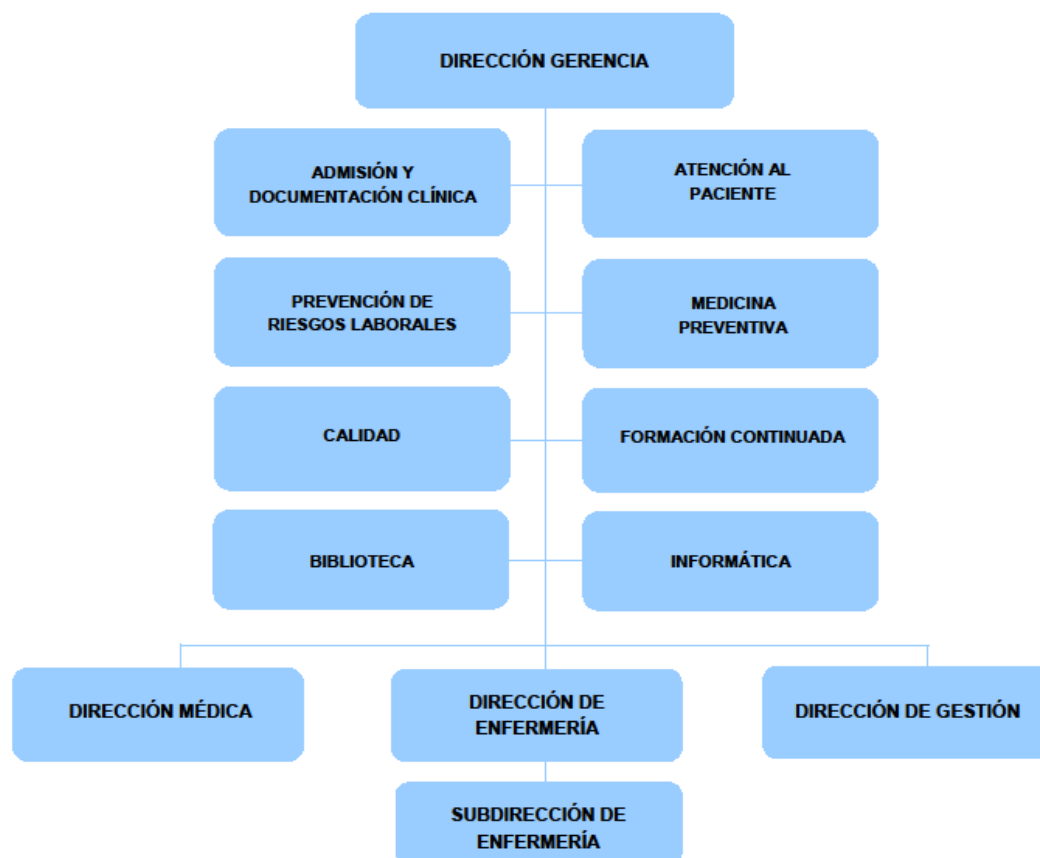
- ✓ Asesoramiento y orientación al enfermo/familia.
- ✓ Estudio social del enfermo/familia/entorno.
- ✓ Colaboración con el desarrollo del Plan de Humanización.
- ✓ Intervención en la reinserción social del paciente en el momento del alta.

Como se puede deducir, la orientación individual en la intervención social es la que predomina en esta propuesta.

En la Orden de 1 de marzo de 1985 se aprobó el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. En la citada ley, la Unidad de Trabajo Social no aparece descrita como tal. Sí lo hace el Servicio de Atención al Paciente, que es donde aparecen adscritos, funcionalmente, al director gerente del hospital. Esta ley quedó derogada en 1987. Además de esta disposición, también en la Guía de Organización del Servicio de Trabajo Social en Atención Especializada (INSALUD, 2000), se refleja que el Servicio de Trabajo Social será un servicio central con dependencia de la Dirección Gerencia del Hospital. Como ejemplo de organigrama expongo, a continuación, el del Hospital Virgen de la Torre, donde no aparece, de manera explícita, ningún Servicio de Trabajo Social.

Figura 3

*Organigrama Hospital Virgen de la Torre.*

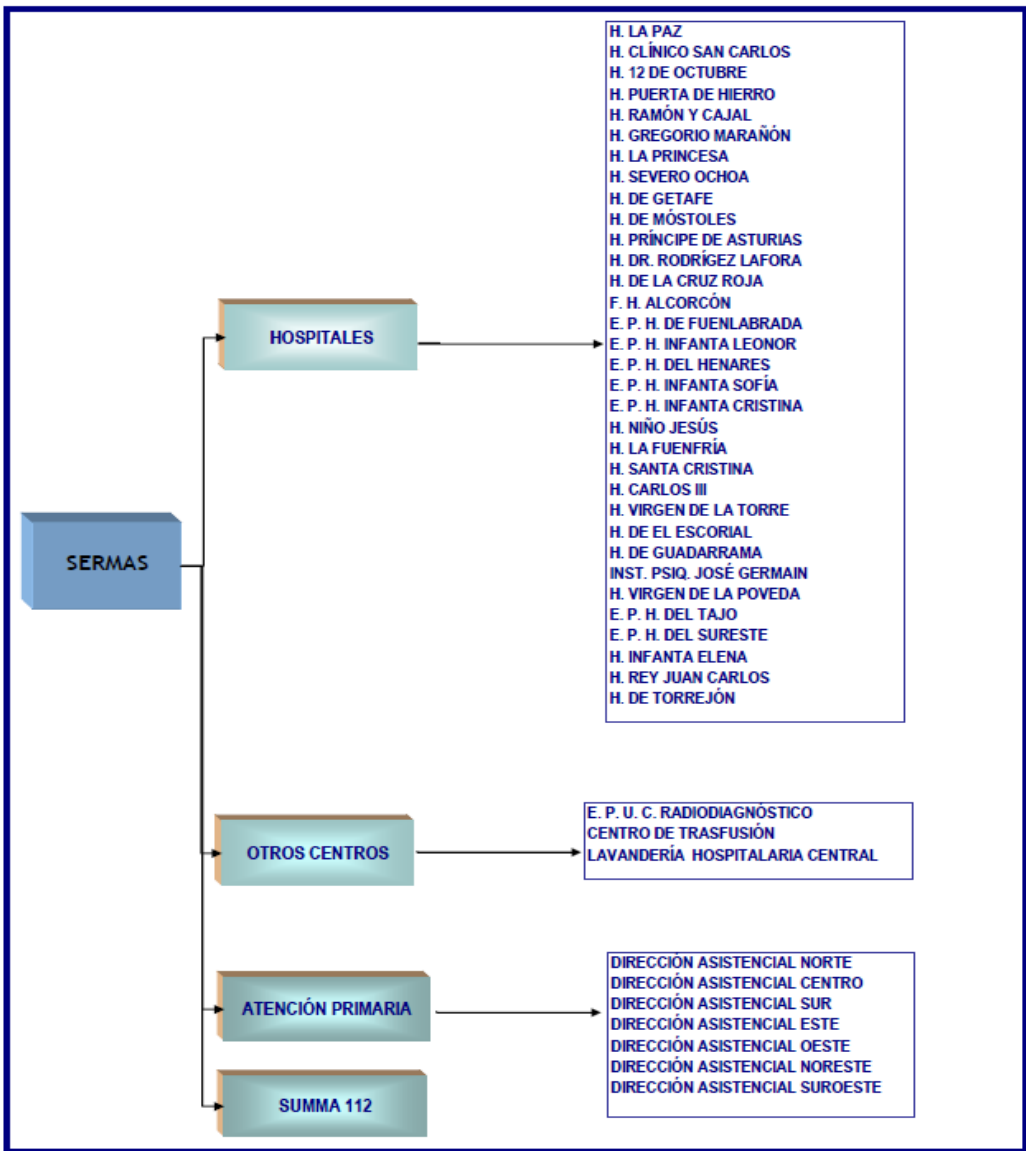


Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Hospital Virgen de La Torre. Memoria 2013.

Según consta en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, el Organigrama que recoge los recursos del servicio público de salud en el conjunto de la Comunidad de Madrid cuenta con 33 centros hospitalarios, 3 centros de carácter no hospitalario, así como Atención Primaria estructurada en 7 Direcciones Asistenciales y el Servicio de Urgencias SUMMA 112.

Tabla 26

Organigrama del Servicio Madrileño de Salud.

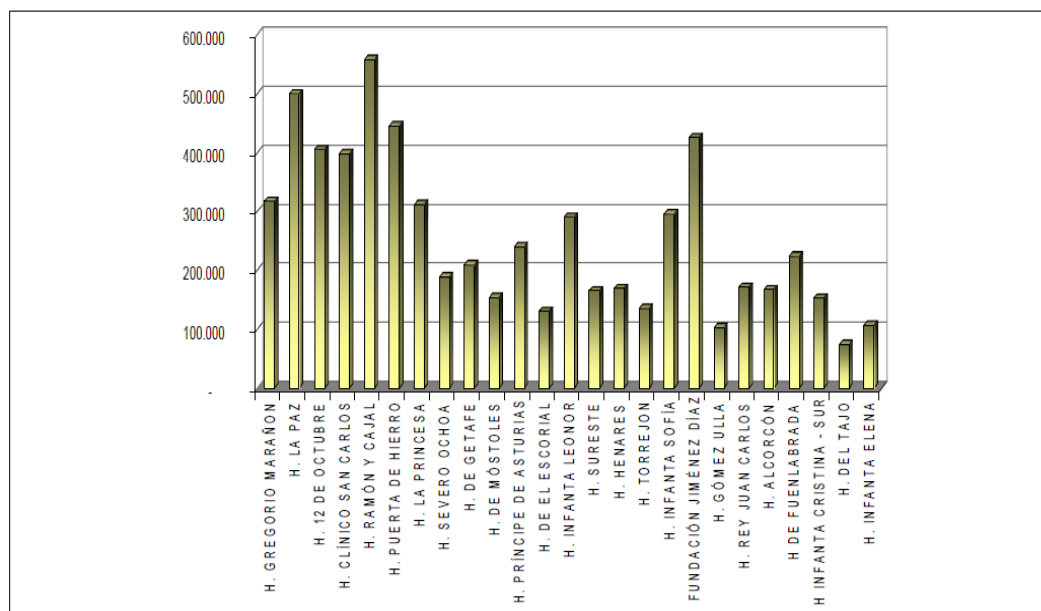


Nota: Recuperado de Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud 2012.

El Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud clasifica estos hospitales en 5 grupos. Si extraigo la información de los hospitales que nos conciernen, por ser 1 de los 5 dispositivos donde se ha centrado la investigación, y que corresponde a los ubicados en el municipio de Madrid, y según las poblaciones asignadas el año 2012, podemos observar que éstos, como cabe esperar, son los que atienden un mayor número de ciudadanos con tarjeta sanitaria y, por lo tanto, tienen una mayor cobertura en su atención.

Tabla 27

*Distribución de la Población en los diferentes hospitales de la CM.*



Nota: Recuperado de Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud 2012.

Mi intención era la de intentar reseñar los datos de trabajadores sociales por centro hospitalario, el ratio en relación a la población potencial atendida o el número de atenciones o consultas que realizan, pero no es una información que aparezca en las memorias anuales ni en ninguna de las publicaciones consultadas.

La información conseguida la he obtenido gracias a la colaboración de las coordinadoras de los servicios de Trabajo Social de algunos Hospitales.

Expongo los datos correspondientes a los trabajadoras/es sociales de algunos de los hospitales para, a continuación exponer los datos de la población atendida en estos centros (Plan de de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, 2012) con el objetivo de ver, según el ratio, la presencia de esta disciplina en los mismos respecto a la población atendida.

Los hospitales del grupo I están integrados por el H. La Paz, H. Doce de Octubre, H. Clínico San Carlos, H. Ramón y Cajal y H. Puerta de Hierro.

El Hospital Ramón y Cajal y el Hospital La Paz superan el medio millón de potenciales usuarios. El Hospital 12 de Octubre algo más de 400.000 habitantes. Con aproximadamente 300.000 se sitúan el Hospital Clínico San Carlos, que cubre esta potencial población con una plantilla de 14 trabajadoras/es sociales, y el Hospital Gregorio Marañón que tiene la plantilla de Trabajo Social más amplio de la ciudad de Madrid con 28 profesionales.

Los hospitales del grupo II están integrados por H. La Princesa, H. Severo Ochoa, H. Getafe, H. Móstoles, H. Príncipe de Asturias y H. Central de la Cruz Roja.

El centro hospitalario que más atención potencial tiene es el Hospital La Princesa que supera las 300.000 tarjetas.

Los hospitales del grupo III están integrados por el H. El Escorial, H. Fuenfría, H. Niño Jesús, con 7 profesionales, H. Santa Cristina con 2 profesionales y H. Virgen de la Torre.

Los hospitales del grupo IV son el H. José Germain, H. Doctor Rodríguez Lafora, Hospital Infanta Leonor, Hospital de Fuenlabrada y Hospital del Tajo.

Con 290.574 tarjetas se encuentra el Hospital Infanta Leonor y 2 trabajadoras sociales en la plantilla y el Hospital Doctor Rodríguez Lafora, con 7 profesionales del Trabajo Social, del que no existen datos concretos ya que es un centro especializado en atención psiquiátrica y con trastornos adictivos relacionados con el alcohol y otras sustancias de abuso y no tiene asignada un área geográfica concreta.

Respecto a los datos numéricos, como he comentado anteriormente, no he conseguido más que los obtenidos de manera directa.

Respecto a otras informaciones referidas al Trabajo Social, solamente he encontrado, en el anteriormente citado Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, dentro del apartado que aborda la evolución de las jubilaciones en el sistema sanitario madrileño, una reseña específica respecto a la figura del trabajador social, dentro de la categoría de Personal de Gestión y Servicios, última categoría que aparece tras las de Personal Sanitario Facultativo, Personal Sanitario Diplomado, Personal Sanitario no Diplomado y por último la de Personal de Gestión y Servicios. En esta categoría comparte espacio con otras profesiones como jardinero, planchadora, locutor, fotógrafo, fontanero, costurera o técnico informático, entre otros.

No pretendo realizar ninguna apología con características elitistas pero me resulta chocante que, mientras que las recomendaciones de la OMS y parte de la legislación tiene un reconocimiento de la importancia de trabajar desde el ámbito social de la persona de cara a una mejora de su salud y bienestar, la disciplina que lidera este aspecto quede relegada a un espacio de “gestión y servicio”. Expongo la citada tabla para su mejor visualización.

Tabla 28

Evolución de las jubilaciones en el sistema sanitario madrileño.

CATEGORIA	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	EFECTIVOS	JUBILACIONES PREVISTAS						% JUBILACIONES SOBRE TOTAL PLANTILLA					
				2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	% / Plant.	% 2013	% 2014	% 2015	% 2016	% 2017
PERS. SANITARIO FACULTATIVO	FACULTATIVO ESP.	ADMISION Y DOCUMENTACION CLINICA	44				2	2	4	4,55				4,55	
		ALERGOLOGIA	49				1	2	3	6,12				2,04	4,08
		ANALISIS CLINICOS	63			1	3		4	6,35			1,59	4,76	
		ANATOMIA PATOLOGICA	145	6	8	4	7	9	34	23,45	4,14	5,32	2,76	4,83	6,21
		ANATOMIA PATOLOGICA	91	4	2		4	2	12	13,19	4,40	2,20		4,40	2,20
		ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION	430	16	10	19	15	13	73	16,98	3,72	2,33	4,42	3,49	3,02
		ANGIOLOGIA Y CIRUGIA VASCULAR	42	2		4	1		7	16,67	4,76		9,52	2,38	
		APARATO DIGESTIVO	190	7	7	7	8	5	34	17,89	3,68	3,68	3,68	4,21	2,63
		BIOQUIMICA CLINICA	50		4	3	2	1	10	20,00		8,00	6,00	4,00	2,00
		CARDIOLOGIA	222	9	8	5	7	6	35	15,77	4,05	3,60	2,25	3,15	2,70
		CIRUGIA CARDIOVASCULAR	36	3	1	2	1	2	9	25,00	8,33	2,78	5,56	2,78	5,56
		CIRUGIA EXPERIMENTAL	1												
		CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	273	10	16	3	12	15	56	20,51	3,66	5,86	1,10	4,40	5,49
		CIRUGIA ORAL Y MAXILOFACIAL	40	1		2	1	2	6	15,00	2,50			2,50	5,00
		CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	368	17	11	7	9	11	55	14,95	4,62	2,99	1,90	2,45	2,99
		CIRUGIA PEDIATRICA	36	1	2	2	1	1	7	19,44	2,78	5,56	5,56	2,78	2,78
		CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y REPARADORA	36		1	1	1		3	8,33		2,78	2,78	2,78	
		CIRUGIA TORACICA	21	1	1				2	9,52	4,76	4,76			
		DERMATOLOGIA MEDICOQUIRURGICA Y VENEREOLOGIA	121			3	5	3	14	11,57		2,48	4,13	2,48	2,48
		ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	105			1	3	3	7	13,33		0,95	2,86	2,86	6,67
		ESTOMATOLOGIA	2							50,00			50,00		
		FARMACIA HOSPITALARIA	85		2	1	1	1	5	5,88		2,35	1,18	1,18	1,18
		FARMACOLOGIA CLINICA	8												
		GERIATRIA	55			1		1	2	3,64			1,82		1,82
		HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	110	3	6	4	4	1	18	16,36	2,73	5,45	3,64	3,64	0,91
		INMUNOLOGIA	25		2			2	4	16,00		8,00			8,00
		MEDICINA DEL TRABAJO	29					1	1	3,45					3,45
		MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	28	1					1	3,57	3,57				
		MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	90	5	5	1	3	2	16	17,78	5,56	5,56	1,11	3,33	2,22
		MEDICINA INTENSIVA	140	7	7	4	3	5	26	18,57	5,00	5,00	2,86	2,14	3,57
		MEDICINA INTERNA	324	7	6	4	4	7	28	8,64	2,16	1,85	1,23	1,23	2,16
		MEDICINA NUCLEAR	29	1	2	2	1	1	7	24,14	3,45	6,90	6,90	3,45	3,45
		MEDICINA PREVENTIVA Y DE LA SALUD PUBLICA	34												
		MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	89	1	2	3	2	5	13	14,61	1,12	2,25	3,37	2,25	5,62
		NEFROLOGIA	79	6	5	2	2	2	17	21,52	7,59	6,33	2,53	2,53	2,53
		NEUMOLOGIA	131	2	4	3	4	1	14	10,69	1,53	3,05	2,29	3,05	0,76
		NEUROCIRUGIA	44	1	2	2	1	1	7	15,91	2,27	4,55	4,55	2,27	2,27
		NEUROFISIOLOGIA CLINICA	30	4		3	2		9	30,00	13,33		10,00	6,67	
		NEUROLOGIA	133	4	2	2	4		12	9,02	3,01	1,50	1,50	3,01	
		OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	413	9	14	13	7	13	56	13,56	2,18	3,39	3,15	1,69	3,15
		OPHTALMOLOGIA	282	6	9	11	6	12	44	15,60	2,13	3,19	3,90	2,13	4,26
		ONCOLOGIA MEDICA	69		2		1		3	4,35		2,90		1,45	
		ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	36	2	1			3	6	16,67	5,56	2,78			8,33
		OTORRINOLARINGOLOGIA	167	8	10	6	8	9	41	24,55	4,79	5,99	3,59	4,79	5,39
		PEDIATRIA Y SUS AREAS ESPECIFICAS	283	14	8	12	9	10	53	18,73	4,95	2,83	4,24	3,18	3,53
		PSICOLOGIA CLINICA	33	2	2	1	1	1	7	21,21	6,06	6,06	3,03	3,03	3,03
		PSIQUIATRIA	220	2	2	6	7	2	19	8,64	0,91	0,91	2,73	3,18	0,91
		RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	312	14	12	12	7	13	58	18,59	4,49	3,85	3,85	2,24	4,17
		RADIOLOGIA HOSPITALARIA	22	2		1	2		5	22,73	9,09		4,55	9,09	
		REUMATOLOGIA	80	3	2	3	2		10	12,50	3,75	2,50	3,75	2,50	
		UROLOGIA	170	2	2	6	6	3	19	11,18	1,18	1,18	3,53	3,53	1,76
		VETERINARIA	3			1			1	33,33			33,33		
		<b>Total FACULTATIVO ESP.</b>	<b>5.918</b>	<b>183</b>	<b>184</b>	<b>173</b>	<b>168</b>	<b>175</b>	<b>883</b>	<b>14,92</b>	<b>3,09</b>	<b>3,11</b>	<b>2,92</b>	<b>2,84</b>	<b>2,96</b>
		COORD. U. DOCENTE	7												
		F.E. DE PEDIATRIA	1												
		M. APOYO CENTROS	39					1	1	2,56					2,56
		M. FAMILIA AT. PRIMARIA	3.234	28	20	30	41	57	176	5,44	0,87	0,62	0,93	1,27	1,76
		MEDICO DE EMERGENCIAS	189			2	1	2	5	2,65			1,06	0,53	1,06
		MEDICO DE ESAD	24												
		MEDICO DE FAMILIA CUPO	58	5	3	3	5	1	17	29,31	8,62	5,17	5,17	8,62	1,72
		MEDICO DE SAR	150	2	1	3	1	1	8	5,33	1,33	0,67	2,00	0,67	0,67
		MEDICO DE URGENCIAS/SUAP	253	9	6	3	10	5	33	13,04	3,56	2,37	1,19	3,95	1,98
		ODONTOLOGO	111		1	2	1	2	6	5,41		0,90	1,80	0,90	1,80
		ODONTOLOGO DE CUPO	9	2	1	2	1		6	66,67	22,22	11,11	22,22	11,11	
		PEDIATRIA AT. PRIMARIA CUPO	26	1	5	1	2	3	12	46,15	3,85	19,23	3,85	7,69	11,54
		PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	699	6	8	15	17	20	66	9,44	0,86	1,14	2,15	2,43	2,86
		PSICOLOGO CLINICO	43	2	3	2	2	7	16	37,21	4,65	6,96	4,65	4,65	16,28
		PSICOLOGO E.A.P.	4			1		1	2	50,00			25,00		25,00
		TECNICO DE SALUD PUBLICA	12												
		<b>Total PERS. SANITARIO FACULTATIVO</b>	<b>10.777</b>	<b>238</b>	<b>232</b>	<b>237</b>	<b>249</b>	<b>275</b>	<b>1.231</b>	<b>11,42</b>	<b>2,21</b>	<b>2,15</b>	<b>2,20</b>	<b>2,31</b>	<b>2,55</b>

CATEGORIA	CATEGORIA	ESPECIALIDAD	EFFECTIVOS	JUBILACIONES PREVISTAS						% JUBILACIONES SOBRE TOTAL PLANTILLA					
				2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL	% / Plant.	% 2013	% 2014	% 2015	% 2016	% 2017
PERS. SANITARIO DIPLOMADO	DIPLOMADO SANITARIO ENFERMERA		13.746	211	228	249	328	345	1.361	9,90	1,53	1,66	1,81	2,26	2,51
	DIPLOMADO SANITARIO ENFERMERA CUPO		45	5	4	4	7	4	24	53,33	11,11	8,89	8,89	15,56	8,89
	E. APOYO CENTROS		41					1	1	2,44					2,44
	FISIOTERAPEUTA		493	9	7	16	13	14	59	11,97	1,83	1,42	3,25	2,64	2,84
	MATRONA		458	4	13	10	12	10	49	10,70	0,87	2,84	2,18	2,62	2,18
	MATRONA CUPO		18	2	1	2	3	1	9	50,00	11,11	5,56	11,11	16,67	5,56
	TERAPEUTA OCUPACIONAL		59	1	1	3	3	4	12	20,34	1,69	1,69	5,08	5,08	6,78
	LOGOPEDA		12												
Total PERS. SANITARIO DIPLOMADO			14.872	232	254	284	366	379	1.515	10,19	1,56	1,71	1,91	2,46	2,55
PERS. SANITARIO NO DIPLOMADO	AUXILIAR DE ENFERMERIA		7.549	160	199	208	221	245	1.033	13,68	2,12	2,64	2,76	2,93	3,25
	HIGIENISTA DENTAL		77												
	T. E. ANATOMIA PATOLOGICA		125		3	2	1		6	4,80		2,40	1,60	0,80	
	T.E. LABORATORIO		804	9	25	6	21	24	85	10,57	1,12	3,11	0,75	2,61	2,99
	T.E. MEDICINA NUCLEAR		31												
	T.E. RADIOLOGICO		659	2	3	3	6	7	21	3,19	0,30	0,46	0,46	0,91	1,06
	T.E. RADIOTERAPIA		60			1	1	2	3	5,00				1,67	1,67
	TECNICO ESPECIALISTA		2												
Total PERS. SANITARIO NO DIPLOMADO			9.307	171	230	219	250	277	1.147	12,32	1,84	2,47	2,35	2,69	2,98
PERS. GESTION Y SERVICIOS	ALBAÑIL		22				1	1	2	9,09	0,00	0,00	0,00	4,55	4,55
	AZAFATA DE RELACIONES PUBLICAS		2					1	1	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00
	BIBLIOTECARIO		11			2			2	36,36	0,00	0,00	0,00	0,00	18,18
	CALEFACTOR		65	1	1	1	4	1	8	12,31	1,54	1,54	1,54	6,15	1,54
	CARPINTERO		21	3					4	19,05	14,29	0,00	0,00	4,76	0,00
	CELADOR		3.504	58	63	82	76	79	358	10,22	1,66	1,80	2,34	2,17	2,25
	COCINERO		119	2	5	2	3	4	16	13,45	1,68	4,20	1,68	2,52	3,36
	CONDUCTOR		355	7	3	2	5	10	27	7,61	1,97	0,85	0,56	1,41	2,82
	CONDUCTOR DE INSTALACIONES		4	1					1	25,00					
	CONTROLADOR DE SUMINISTROS		20			3		2	5	25,00			15,00		10,00
	COSTURERA		37	2	3	2	6	2	15	40,54	5,41	8,11	5,41	16,22	5,41
	DELINEANTE		2												
	ELECTRICISTA		127	2	4	2	4	1	13	10,24	1,57	3,15	1,57	3,15	0,79
	FONTANERO		66	1	2	3	3	6	15	22,73	1,52	3,03	4,55	4,55	9,09
	FOTOGRAFO		6	1			1		2	33,33	16,67				16,67
	GOBERNANTA		78		2	2	1	3	8	10,26		2,56	2,56	1,28	3,85
	GOBERNANTA I		4				1		1	25,00				25,00	
	GRUPO ADMINISTRATIVO		476	12	18	14	28	34	106	22,27	2,52	3,78	2,94	5,88	7,14
	GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO		4.876	63	89	96	106	139	493	10,11	1,29	1,83	1,97	2,17	2,85
	GRUPO DE GESTION F.A.		195	2	3	4	7	3	19	9,74	1,03	1,54	2,05	3,59	1,54
	GRUPO TECNICO F.A.		135	1	1	2	1	3	8	5,93	0,74	0,74	1,48	0,74	2,22
	INGENIERO TECNICO		23					3	3	13,04					13,04
	JEFE PERSONAL SUBALTERNO C/O		7				2	2	2	28,57				28,57	
	JEFE TALLER C/O		20	2		1	3	2	8	40,00	10,00		5,00	15,00	10,00
	LAVANDERA		79	1	3	3	8	2	17	21,52	1,27	3,80	3,80	10,13	2,53
	LIMPIADORA		176	5	3	5	5	8	26	14,77	2,84	1,70	2,84	2,84	4,55
	LOCUTOR		28			1			1	3,57			3,57		
	MAESTRO INDUSTRIAL		10	1	1		2	2	6	60,00	10,00	10,00		20,00	20,00
	MECANICO		72	1	4	1	4	7	17	23,61	1,39	5,56	1,39	5,56	9,72
	MONITOR		5	1			1		2	40,00	20,00			20,00	
	PELUQUERO		21		1				1	4,76					
	PEON		50	1	1	1	1	3	7	14,00	2,00	2,00	2,00	2,00	6,00
	PERSONAL TECNICO NO TITULADO		6				1		1	16,67				16,67	
	PERSONAL TECNICO TITULADO SUPERIOR		88	2	3	3	2	4	14	15,91	2,27	3,41	3,41	2,27	4,55
	PINCHE		922	32	33	44	39	53	201	21,80	3,47	3,58	4,77	4,23	5,75
	PINTOR		17	1	2	1	1	2	7	41,18	5,88	11,76	5,88	5,88	11,76
	PLANCHADORA		56	4	5	1	6	2	18	32,14	7,14	8,93	1,79	10,71	3,57
	PROFESOR DE E.G.B.		1		1				1	100,00		100,00			
	TAPICERO		7	1	1	1			3	42,86	14,29	14,29			
	TECNICO ESPECIALISTA DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION		37				1	1	2	5,41				2,70	2,70
	TECNICO SUP. SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA INF.		21	1					1	4,76	4,76				
	TELEFONISTA		101	3	5	3	5	3	19	18,81	2,97	4,95	2,97	4,95	2,97
	TRABAJADOR SOCIAL		171	1	3	4	5	7	20	11,70	0,58	1,75	2,34	2,92	4,09
	INGENIERO SUPERIOR		1												
	JARDINERO		1												
	OPERADOR DE INFORMATICA		1												
	OPERADOR MAQUINA DE IMPRIMIR Y REPRODUCIR		10												
	PERSONAL TECNICO GRADO MEDIO		11												
	TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS Y TECNOLOGIAS DE LA		20												
	TECNICO ESPECIALISTA EN BIOELECTRONICA		2												
Total PERS. GESTION Y SERVICIOS			12.089	213	260	286	334	390	1.483	12,27	1,76	2,15	2,37	2,76	3,23

Nota: Recuperado de Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud 2012.

Es en este marco estructural donde el profesional del Trabajo Social realiza su labor en el ámbito sanitario. Un escenario donde se trabaja a “demanda” (Agència Valenciana de Salut, 2012) del paciente y su familia o, en la mayoría de los casos, del resto de profesionales sanitarios que, ante la detección de una posible situación social que afecte a la salud o a la recuperación de la misma, valoran la intervención del Trabajo Social, sobre todo de cara al momento de la alta médica.



El intervalo donde una persona tiene que ser hospitalizada tiene una especial relevancia para la misma ya que se convierte en dependiente por un período indeterminado para él. Como consecuencia de este deterioro, él y su entorno familiar se deslocalizan de su contexto habitual con el objetivo de encontrar una intervención más efectiva que le devuelva el mayor porcentaje de calidad de vida posible. No hay que olvidar que estos momentos, donde el abordaje individual de la enfermedad queda modificado por la presencia de personas de su entorno, son momentos donde puede aparecer y detectarse la problemática socio-familiar subyacente.

Desde el momento de la entrada, la figura del trabajador social, sobre todo en las urgencias del centro hospitalario, puede tener una especial importancia ya que es, en este momento, donde las personas se pueden encontrar ante una cierta sensación de desamparo y confusión que puede generar estados de ansiedad. Es ahí donde se puede comenzar a realizar una función de información o de mediación entre la persona, su familia y el servicio que está interviniendo para potenciar la estabilidad emocional y organizativa que requiere en ese momento.

El trabajador social, desde una recogida de datos personales, familiares, contexto social, redes de apoyo, etc. puede llegar a identificar a los colectivos más vulnerables (menores, mayores, violencia de género, dependientes, etc.) o que se encuentran en una franja de exclusión (personas sin hogar con problemas de adicción, salud mental, etc.). Desde esta primera identificación puede comenzar a realizar actividades más concretas como la localización de familiares y/o personas pertenecientes a la red de apoyo informal para activar los recursos personales del usuario afectado o comenzar a diseñar el proceso de intervención social.

En este proceso, la coordinación, información y derivación, si fuese necesario, a otros profesionales de la intervención sanitaria es imprescindible para complementar la intervención social y, sobre todo, para ofrecer a la persona una adecuada atención integral.

Este contexto de intervención se sitúa, en muchas ocasiones, entre las posibles demandas de recursos de los propios usuarios y/o sus familias, generadas por esta nueva situación y las que provienen del recursos sanitario, demandante de una salida lo más ágil posible hacia otros recursos o su propio domicilio.

El objetivo general del Trabajo Social Sanitario en el hospital es servir de complemento y apoyo a las acciones medico-sanitarias (Agència Valenciana de Salut, 2012). Este enmarque sigue situando al Trabajo Social en el plano de servicio de apoyo y, por lo tanto, la perspectiva social como factor “menor” dentro del concepto de salud. Por este motivo el diagnóstico social se limitará a aportar datos para facilitar el diagnóstico médico dentro de los objetivos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación y a realizar las intervenciones que de éste se deriven.

Otros autores defienden la posibilidad de adelantarse a las dificultades utilizando la intervención proactiva (Colom, 2010) debido a la facilidad que ofrece el tener la población identificada mediante diagnóstico precoz (*screening*) primario y secundario. Con ello se toma la iniciativa en la intervención y se detectan las posibles causas que impidan una mejor cobertura de la persona y su entorno para cuando llegue el momento de abandonar el centro hospitalario y volver a su contexto habitual.

En el documento que aborda los protocolos de intervención en Trabajo Social hospitalario de la Generalitat Valenciana, se resumen los objetivos, actividades, técnicas e instrumentos que desarrolla en este ámbito comunitario. Anexo la citada tabla a continuación:

Tabla 29

*Objetivos específicos Trabajo Social Sanitario en Hospitales.*

ACTIVIDADES DEL TRABAJADOR SOCIAL OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TÉCNICAS
Elaborar el diagnóstico social a través del estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la enfermedad y sus consecuencias sociales y aportarlo al equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estudio de los aspectos psicosociales que pueden incidir en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, y de la problemática socio-familiar.</li> <li>* Valoración de la problemática analizando los factores que intervienen.</li> <li>* Intervención en colaboración con el equipo de salud para establecer líneas de tratamiento.</li> <li>* Hacer más accesible la relación entre el enfermo/a y familia y la institución hospitalaria.</li> <li>* Estudio de las características comunitarias de las poblaciones adscritas al hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Observación.</li> <li>* Entrevista.</li> <li>* Visita domiciliaria.</li> <li>* Gestiones.</li> <li>* Documentación.</li> <li>* Informe social.</li> <li>* Registro.</li> </ul>
Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general de los problemas derivados de la enfermedad para que sean agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Información y orientación al/la usuario/a y familia sobre recursos sociales, trámites, etc.</li> <li>* Asesoramiento, mediación y apoyo ante situaciones de conflicto.</li> <li>* Gestión y aplicación de los recursos existentes.</li> <li>* Colaboración en la creación y promoción de recursos sociales y en la mejora de los ya existentes.</li> <li>* Promoción de la rehabilitación y reinserción social, familiar, laboral y/o escolar de los/las pacientes.</li> <li>* Coordinación protocolizada con servicios de salud y de otros sistemas de protección social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Entrevista.</li> <li>* Gestiones.</li> <li>* Observación.</li> <li>* Visita domiciliaria.</li> <li>* Reuniones de coordinación.</li> <li>* Técnicas grupales.</li> <li>* Sesiones clínicas.</li> <li>* Informe social.</li> <li>* Registro.</li> </ul>
Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de las políticas de salud y sociales desde el punto de vista de su competencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Colaboración en los proyectos de planificación general del hospital.</li> <li>* Colaboración en la creación de programas orientados a enfermos/as con patologías que conlleven problemas de reinserción social.</li> <li>* Información y asesoramiento a los órganos de gobierno de los aspectos sociales.</li> <li>* Elaboración de los planes y programas y protocolos propios de la UTSH.</li> <li>* Participación en programas de investigación para el estudio y análisis de los factores psicosociales que inciden en la enfermedad, y los aspectos metodológicos del Trabajo Social sanitario.</li> <li>* Colaboración en la formación permanente del personal sanitario.</li> <li>* Colaboración en la formación de alumnos/as de Trabajo Social.</li> <li>* Formación permanente de los/las propios/as profesionales de la UTSH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reuniones interdisciplinarias.</li> <li>* Cursos, seminarios.</li> <li>* Recogida y explotación de datos.</li> <li>* Evaluación.</li> <li>* Observación.</li> <li>* Registro.</li> </ul>

Nota: Recuperado de Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario, 2012. Generalitat Valenciana.

Como se puede observar, la situación del Trabajo Social, aunque cuantitativamente ha mejorado, sigue manteniendo una dependencia funcional diversificada (Pizarro et al., 2007) dependiendo del Servicio de Atención al Paciente. Tiene una escasa visualización en la recogida de sus actuaciones y su trabajo se percibe como apoyo a la intervención biomédica.

### **5.5.3. TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.**

El Trabajo Social en salud mental tiene, en España, una fuerte influencia de EEUU en la manera de abordar a este conjunto de enfermedades. Ésta ha ido evolucionando desde las intervenciones centradas en el binomio “psiquiatra-paciente” y con una localización predominante en los hospitales psiquiátricos o manicomios, hacia una intervención en la que se triangula el paciente con el equipo profesional y su contexto, especialmente la familia, con el objetivo de abordar la cronicidad de la enfermedad mental desde respuestas más socializadoras.

Esta evolución en la forma de abordar la salud mental se observa, incluso, en la manera de conceptualizarla ya que antes era catalogada, desde un término más reduccionista, como “psiquiatría” y que se dio en el siglo pasado hasta la década de los 70, aproximadamente. En esta década la asistencia psiquiátrica no se contemplaba dentro de las prestaciones sanitarias y la red de atención, se reducía, casi exclusivamente, a los denominados manicomios, donde, además de ejercer la propia labor terapéutica, tenían una función relacionada con el control social y de segregación de las personas enfermas.

En 1985 comienza, a raíz del informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley de Sanidad de 1986 (art.220), la Reforma Psiquiátrica en España. Se van produciendo cambios que dibujan una nueva forma de conceptualizar la salud mental y que se traducen en una apuesta por la desinstitucionalización. Esta apuesta se hace práctica desde la generación de una red de recursos, que, al igual que el resto de recursos sanitarios, tienen un carácter público y universal y ofrecen una atención integral

y territorializada. Con esto se acerca al ciudadano, y también a los contextos comunitarios, favoreciendo de esta manera la normalización de la intervención con la persona en su ámbito social.

Pero si en la década de los 80 se produce este cambio de conceptualización de la salud mental en la siguiente década se produce un aumento de la población con enfermedades mentales que conllevan unas consecuencias sociales, como pueden ser la soledad o el aislamiento social, la dificultad para encontrar o mantener un empleo, precariedad económica o pobreza, problemas de alojamiento y vivienda, etc. Ante este aumento de población los recursos se ven desbordados y se perciben como insuficientes para dar respuesta a esta nueva situación.

Esta tendencia se ha mantenido hasta la actualidad, incrementándose la utilización de la red. Según algunos autores, o el propio Informe SESPAS (2014), este aumento de la demanda puede estar relacionado con la situación de crisis económica y financiera que ha golpeado a la sociedad y que ya se detectan en el período 2006-2010 con un aumento del 19% de trastornos del estado de ánimo, un 8% los trastornos de ansiedad o un 5% en los trastornos por abuso de alcohol, especialmente en mujeres, aumentando también, paralelamente, el consumo de fármacos antidepresivos.

Estas dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental (Gili, García y Roca, 2014). La situación que ha experimentado España, con una tasa de paro de 27,16% en 2013 y de 22,37% en 2015 (Instituto Nacional de Estadística, 2015), hace que el desempleo se convierta en un factor de contingencia presentando un riesgo entre 2 y 7 veces mayor de padecer depresión (Evans-Lacko, Knapp, McCrone, 2013).

También, en estas últimas décadas, se ha dado otro hecho: el de la migración, que tiene una importante implicación en salud mental (Comelles, Mascarella, Bardají y Allué, 2000) y que exige al profesional del Trabajo Social un papel importante en la intervención.

Es en estas situaciones donde la salud mental refleja su prisma más psicosocial y donde el Trabajo Social tiene su lugar de intervención, especialmente dentro de los espacios brindados por los dispositivos de la red pública de atención social a personas con enfermedad mental.

En los últimos años hemos vivido, desde algunos dispositivos de Trabajo Social, la atención de las primeras oleadas de inmigración provenientes de Latinoamérica o las últimas provenientes del continente africano, donde, además, se sumaba la experiencia de viajes en condiciones muy duras y la llegada a un país donde el idioma era el primer obstáculo importante. En el último periodo de tiempo, se ha sumado la llegada de refugiados provenientes del conflicto bélico en Siria. Tres espacios geográficos diferentes, tres motivaciones diferentes para llegar a nuestro país pero una situación que se convierte en factor de riesgo para la salud mental de la persona y sus familias y que supone un reto de adaptación para los profesionales.

Como anécdota, y a modo de ejemplo, en la “crisis” de los africanos que están llegando desde hace varios años al dispositivo para personas sin hogar donde desempeño mi labor profesional actualmente, hemos tenido el caso de un chico que provenía de un pequeño país del centro de África. Su comportamiento mostraba un importante aislamiento social que trasladaba, no solo al equipo profesional, sino al resto de colectivo de personas africanas que vivían en el centro. Al principio, durante casi dos semanas, nos preocupaba el hecho de que dejara de entrar en el comedor y, por lo tanto de alimentarse, mientras aumentaba lo que todos veíamos como una depresión. Solicitamos la intervención psiquiátrica para valorar su situación y, después de varias entrevistas el diagnóstico de esta persona fue el de trastorno psicótico con grave trastorno depresivo. Tras una nueva entrevista con otra psiquiatra y con la nueva información que habíamos detectado, desde el acompañamiento y mediante el contacto con su consulado, descubrimos que muchas de estas pautas conductuales tenían que ver con costumbres culturales de su lugar de origen. El hecho de no hablar o de no querer comer en público no eran más que rasgos culturales y la tristeza y apatía eran fruto del aislamiento que sufría por ser el único ciudadano de su país en el grupo, mientras que la mayoría

pertenecían a otros países. Estos hechos fueron factores de riesgo para la salud mental. Estas informaciones provenientes de una valoración antropológica y social hicieron que cambiara su diagnóstico.

Respecto al abordaje de la salud mental en la Comunidad de Madrid, comentar que los recursos con los que cuenta en la actualidad se estructuran formando una red de centros especializados con más de 6.000 plazas. Esta red ofrece una atención en régimen de atención diurna (centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral) y de atención residencial (residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones).

Además están los equipos de apoyo social comunitario, creados en 2005, para ofrecer atención social en el propio contexto domiciliario. Estos favorecen la adherencia a la red de atención de la persona, aspecto éste de gran utilidad para mantener la conexión a los Centros de Salud o a los centros que abordan intervención en patología dual.

También se encuentran los recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave. Estos equipos realizan su labor con personas que se encuentran en albergues o en otros alojamientos asistenciales y con aquellas en situación de calle que no están vinculadas a ningún dispositivo.

Según consta en el Resumen Informativo de julio 2015 de la Comunidad de Madrid, esta red ha experimentado un crecimiento en su número de plazas muy importante, pasando de 1.269 plazas existentes en el año 2003 a 6.064 en enero de 2015, lo que supone un 378% de incremento en plazas y un 523% de incremento en ese mismo período en el gasto público.

En 2014 se logró que, del total de los 1.351 usuarios atendidos, 675 tuvieran actividad laboral en 2014, lo que supone un 50% de inserción laboral sobre el total de usuarios atendidos.

La presencia del trabajo desde la perspectiva social del individuo y de la familia es, quizás en este campo de la salud mental, más evidente. No solamente por el sufrimiento que puede generar su enfermedad, o incluso el miedo derivado del desconocimiento general existente sobre este tipo de enfermedades, sino por el estigma que conlleva para la persona, que dificulta la integración de la misma y la consecuente discriminación que infringe la sociedad. También porque pueden ser más vulnerables a sufrir abusos o la violación de sus derechos (OMS, 2006). Debido a esto, a veces hay que articular acciones concretas de protección desde los diferentes niveles de intervención que sitúen al individuo, desde esta posición de vulnerabilidad psicosocial, como un sujeto de pleno derecho pero que precisa apoyos para afianzar su propia autonomía.

Cuando la persona, o la familia, acude a la red de salud mental a solicitar atención suele ser debido a una situación de crisis puntual o bien a una que requiere un abordaje más complejo y una intervención prolongada en el tiempo, generada por una enfermedad mental de curso crónico o trastorno mental grave.

Las funciones específicas del Trabajo Social en salud mental se podrían resumir en las siguientes propuestas (Burgos, Pérez y Sánchez, 2009).

❖ Función de atención directa:

El objetivo de esta actuación se dirige a trabajar los propios recursos del paciente y la familia, de cara a generar cambios positivos en su situación social y en su contexto relacional. De manera especial en el círculo familiar o de relaciones más significativas, quienes comparten y sufren los desordenes y limitaciones que experimenta la persona afectada por la enfermedad. Esta atención se podrá realizar tanto a nivel ambulatorio como domiciliario.



❖ Función orientada a la rehabilitación e inserción social:

La rehabilitación psicosocial es un término que tiene especial fuerza en el campo de la salud mental. Es un escenario donde el Trabajo Social debe tener un papel importante ya que llega más allá de las fronteras del marco clínico. Dirige su intervención a conseguir el mayor nivel de inserción social y de normalización, partiendo de la base que éste no será igual para todas las personas, y que la desigualdad social es un factor determinante que hay que abordar para conseguir este objetivo.

La rehabilitación psicosocial tiene sentido si la intervención se realiza desde una perspectiva biopsicosocial y, a la vez, esto solo se conseguirá si el equipo profesional que realiza la misma aporta una visión integrada, multidisciplinar, de la enfermedad y su proceso (Gil Martorell, 2011). Aunque siguiendo con la orientación anterior, desde mi punto de vista esto sería más idóneo si la visión fuera transdisciplinar.

Esta función tendrá una orientación preventiva y de promoción con el objetivo de conseguir los mayores niveles de autonomía posible. Para conseguir este objetivo desarrolla su intervención utilizando las potencialidades que se pueden localizar entre los recursos de la persona, los de carácter general o normalizado y los especializados de la red de salud mental.

El trabajo se dirige a reforzar los procesos de recuperación o aprendizaje de nuevas habilidades personales y los de reincorporación a la vida social, aspecto, éste, de vital importancia sobre todo en el campo de las personas sin hogar o con problemas relacionados con las adicciones.

El propio concepto psicosocial da nombre a algunos de los dispositivos donde se trabaja de manera específica estos aspectos, como son los centros de rehabilitación psicosocial o los de rehabilitación laboral. En los primeros sí existe la presencia de trabajadores sociales mientras que en los segundos no los incorpora a sus recursos humanos.

❖ Función de coordinación:

Además de liderar la coordinación de las derivaciones de pacientes a otros dispositivos de la red de salud mental, se enfoca a potenciar la continuidad asistencial y de cuidados de la personas desde otros dispositivos asistenciales que también puedan intervenir. Esto tiene especial importancia en aquellas personas que se encuentran en la red de personas sin hogar y que están diagnosticadas de patología dual, por lo que nos encontramos con un multiperfil de complicado encaje en una sola red, de aquí la importancia de la visión integral.

La dificultad de estas intervenciones viene dada porque estas personas se encuentran atendidas por redes diferentes, sin contar a la propia red de servicios sociales, donde algunos suelen tener seguimiento social y han tramitado alguna prestación económica como la Renta Mínima de Inserción (en adelante RMI).

Esta función tiene que ver también con la participación, o el desarrollo, de programas de atención comunitaria que aborden tanto la perspectiva preventiva, asistencial o rehabilitadora y de integración.

Esta función es importante por el espacio de atención compartido con los servicios de atención primaria en salud, los centros hospitalarios, los servicios sociales y otras redes y recursos especializados donde, además de intentar aprovechar de la manera más eficaz y eficiente los recursos, hay que intentar que la participación de la persona en su propio proceso no se diluya entre los planes de los diferentes equipos profesionales. No es sujeto “paciente”, sino que tiene que tener, en la medida de sus posibilidades, responsabilidad y voz en todo lo referente a su proyecto de intervención.

Tras analizar estas funciones, podría resumir que el Trabajo Social va más allá del modelo médico-psiquiátrico, con enfoque en el diagnóstico individual, para ir a un modelo integral, que incluye identificación y abordaje de las desigualdades sociales y los problemas estructurales

Como comentaba al principio de este apartado, el abordaje integral es una de las características diferenciales con el antiguo modelo psiquiátrico, ya que la visión de la red de salud mental y sus dispositivos responde a este modelo más integrado en la comunidad. El modelo ha abierto su atención a otros perfiles y a una intervención más flexible y de continuidad asistencial. Esta intervención tiene por horizonte no aislar a la persona de la sociedad hasta su recuperación, sino su rehabilitación psicosocial como un miembro más de la comunidad y en línea con el concepto de salud, contemplando ésta como algo experimentado no solo individualmente sino también colectivamente (Espino Granado, 1985).

A pesar de estos avances, siguen existiendo retos importantes por abordar, como por ejemplo la complejidad de las propias redes de atención, que requieren, en muchas ocasiones, de una labor de comunicación y coordinación que, de no realizarse adecuadamente, pueden obstaculizar la atención asistencial del mismo.

Unida a esta complejidad, se encuentra el problema de los “perfiles” que ha provocado en numerosas ocasiones que la persona no fuera “de nadie” por tener un perfil muy específico o, lo que es peor, un multiperfil que eliminaba su candidatura de los diferentes recursos.

Al comienzo de mi andadura profesional, recuerdo, en un Centro de Rehabilitación Psicosocial (en adelante CRPS), el problema que generó una mujer con diagnóstico de esquizofrenia, seropositiva, con hábitos de consumo de sustancias adictivas, abusada desde la propia familia y que ejercía la prostitución. Ningún recurso la admitía porque algún perfil de los muchos que tenía la excluía. Tuvo que quedarse en su entorno familiar y trabajar desde el propio recurso sin más apoyo. Afortunadamente, este tema ha ido flexibilizándose, aunque todavía queda camino por reflexionar y hacer.

Y por último, y relacionado con el tema del trabajo comunitario, mencionar que han ido apareciendo nuevas profesiones y otras no tan nuevas. Éstas han ido tomando competencias en el espacio comunitario, o potenciando más su presencia en este campo, mientras que los profesionales del Trabajo Social cada vez “nos hemos ido encerrando más en los despachos” (Ureña, 2010).

#### **5.5.4. TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES.**

La adicción es un consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica, periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (OMS, 1994).

La adicción puede considerarse como equivalente a un grave trastorno por uso de sustancias según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, siglas en inglés) que está en sintonía con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (en adelante DSM-5).

La Dra. Volkow, propone que la drogadicción es una enfermedad del cerebro humano, según la información del propio NIDA, del que es directora desde mayo del 2003.

Aunque en estas definiciones se pondera el aspecto más biológico del hecho, no hay que olvidar que el factor sociocultural tiene una importante influencia en el consumo y en su propia percepción social. El ejemplo de cómo la aparición del alcohol o el tabaco ha influido en el aumento del consumo debido a la imagen atractiva que transmitía generó que la industria intentará crear un “posicionamiento del producto” (NIDA, 2015) para aumentar el consumo del mismo.

En el preámbulo de la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid queda constancia de que es uno de los problemas que generan, y han generado, mayor preocupación social. También alerta de la importante repercusión familiar, social y económica que producen y, sobre todo, de que es un hecho muy arraigado y socialmente aceptado.

Por lo tanto, podemos ver como la adicción a sustancias no es solamente una enfermedad, sino un hecho que responde a una contexto multifactorial. Hecho que responde a elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales, coincidiendo con la perspectiva de la OMS y que, por lo tanto, exige una intervención multidisciplinar.

Con estos factores se comprende mejor la característica dinámica de la adicción en el tiempo, y es que los propios cambios sociales, culturales, demográficos y económicos producidos en la sociedad han generado nuevos cambios en las sustancias consumidas y también en los patrones de consumo.

De hecho algunas de las sustancias que hoy son consideradas adictivas, como el alcohol, fueron utilizadas con uso espiritual o médico en otra época (Pons y Berjano, 1999). Esto pone en relieve la perspectiva sociocultural del consumo de las drogas. Además de por la propia consideración que tiene la sustancia y el consumidor, también por las etiquetas o estigmas que conlleva y que han hecho aparecer la acción del consumo y al consumidor bajo tres percepciones distintas: como algo normal e integrado en la sociedad (como por ejemplo el consumo de alcohol y tabaco), como una conducta delictiva y desviada (el estigma de la heroína es claro ejemplo) o como una enfermedad que hay que abordar.

En función de estas percepciones las respuestas cambiaron hacia el endurecimiento judicial con el consumo de drogas que se produjo en la década de los 70. El papel del trabajador social también ha ido cambiando y perfilando diferentes modos de acercarse a esta realidad.

A continuación muestro un cuadro del Plan Nacional Sobre las Drogas (PNSD) que resume algunas de estas imágenes y el modelo que ha intentado dar respuesta a la misma.

Tabla 30

*Estereotipos, imágenes y respuestas sociales ante el fenómeno de las drogas.*

ESTEREOTIPO	IMAGEN SOCIAL	RESPUESTA SOCIAL	MODELO
El drogodependiente es un <b>DELINCUENTE</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transgresión normativa.</li> <li>• Inseguridad.</li> </ul>	Medidas legislativas y punitivas.	Modelo ético-jurídico.
El drogodependiente es un <b>ENFERMO</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de las sustancias que afectan el funcionamiento de los organismos y la dificultad de éstos de hacer frente a la agresión.</li> </ul>	Medidas sanitarias.	Modelo médico-sanitario.
El drogodependiente es una <b>VÍCTIMA</b> de las desigualdades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influencia de factores sociales que intervienen en la adquisición y mantenimiento de la drogodependencia.</li> <li>• Vulnerabilidad en función de la desigualdad social.</li> </ul>	Medidas de integración y apoyo social.	Modelo socio-cultural.

Nota: Recuperado de PNSD. Actuar es posible (1998).

El rol que ejercen los profesionales del Trabajo Social se desarrolla y orienta en el marco legal que establece cómo está conceptualizado en ese momento el hecho del consumo, posesión y tráfico de sustancias. Esta conceptualización, en la actualidad, trasciende las fronteras geográficas para convertirse en una cuestión internacional y, desde este marco, se generan las actuaciones comunes e individuales de los países y sus territorios.

A nivel mundial, se crea la Comisión de Estupefacientes de la ONU, que lleva trabajando en este ámbito desde su creación por el Consejo Económico y Social mediante la resolución 9(l) de 1946 y que funciona en la actualidad como órgano rector de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Desde la ONU se realiza, en 2009, la Declaración Política y el

Plan de Acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas. Su texto se vertebra entorno a la reducción de la demanda y medidas conexas, la lucha contra el blanqueo de dinero y fomento de la cooperación judicial para potenciar la cooperación internacional (UNODC, 2014).

En este momento, y cómo país perteneciente a la Unión Europea, España adopta las medidas establecidas por la Estrategia de la UE en Materia de Lucha Contra la Droga (2013-2020) (EUEMLD, 2013-2020). Ésta está fundamentada en los principios de la Unión: el respeto a la dignidad humana, la libertad, la democracia, la igualdad, la solidaridad, el Estado de derecho y los derechos humanos. Tiene por finalidad proteger y mejorar el bienestar de la sociedad y de las personas, proteger la salud pública, ofrecer un nivel elevado de seguridad para la población en general y adoptar un planteamiento equilibrado, integrado y empíricamente contrastado del fenómeno de la droga (EUEMLD, 2013-2020). El enfoque, durante este período, centra sus esfuerzos en reducir la oferta y la demanda de drogas en los países de la Unión Europea.

En relación a España, las líneas de actuación a seguir están enmarcadas en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. Es un texto fruto del consenso político y social, ya que han participado en su elaboración diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG), sociedades científicas, sindicatos, Planes Autonómicos de Drogas, corporaciones locales y otros organismos y departamentos ministeriales. Además, tiene su marco referencial en el Plan Nacional de Drogas que, desde 1985, ha ido realizándose bajo esta iniciativa de coordinación y cooperación. El último PND ha generado el Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016.

A nivel autonómico, la Comunidad de Madrid con la aprobación de la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos, genera el soporte necesario para la concreción del marco legal de referencia para las actuaciones de la Agencia Antidroga. Organismo, éste, creado mediante la Ley 11/1996, de 19 de diciembre, y que tiene como objetivo el

abordar las drogodependencias y otras adicciones en la Comunidad de Madrid, entendiéndolo como un problema colectivo y que exige respuestas coordinadas, globales y efectivas.

El abordaje de la adicción se realiza a diferentes niveles. El tratamiento de desintoxicación y deshabituación, en régimen ambulatorio, se vertebra desde los Centros de Atención Integral a Drogodependientes (en adelante CAID), donde, dentro de sus equipos, encontramos a trabajadores sociales.

Además, existen otros recursos de apoyo a los CAID como Dispositivos Móviles de apoyo al tratamiento, las Oficinas de Farmacia o los Recursos residenciales de apoyo al Tratamiento Ambulatorio y de reinserción donde también nos podemos encontrar profesionales del Trabajo Social.

Los objetivos estratégicos de la Agencia Antidroga, respecto a la Prevención de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en la Comunidad de Madrid son:

- ✓ Reducir el uso de drogas en su población.
- ✓ Aumentar la percepción del riesgo de los jóvenes ante el consumo de drogas.
- ✓ Retrasar la edad de inicio al consumo de drogas en los jóvenes madrileños.
- ✓ Prevenir la transición del uso al abuso de drogas o dependencias de sustancias u otros trastornos adictivos de los menores de la Comunidad de Madrid (Agencia Antidroga, 2016).

A continuación expongo la relación de CAID en la Comunidad de Madrid. En esta relación se incluyen los CAD (Centros de Atención a las Drogodependencias) del Ayuntamiento de Madrid, que se citaran a continuación, al abordar los recursos en el Ayuntamiento de la ciudad.



Tabla 31

*Relación de CAID en la Comunidad de Madrid.*

CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL A DROGODEPENDIENTES: 33		
Ciudad de Madrid: 14	Municipios: 19	
CAID Norte (2)	CAID Alcalá de Henares (1)	CAID Mejorada del Campo (1)
CAID Sur (2)	CAID Alcobendas (1)	CAID Parla (1)
CAID Este (2)	CAID Alcorcón (1)	CAID San Fernando de Henares (1)
CAID Vallecas (3)	CAID Aranjuez (1)	CAID S. Sebastián de los Reyes (1)
CAD Arganzuela (4)	CAID Arganda del Rey (1)	CAID Móstoles (2)
CAD Hortaleza (4)	CAID Collado Villalba (1)	
CAD Latina (4)	CAID Colmenar Viejo (1)	
CAD San Blas (4)	CAID Coslada (1)	
CAD Tetuán (4)	CAID Torrejón de Ardoz (1)	
CAD Vallecas (4)	CAID Fuenlabrada (1)	
CAD Villaverde (4)	CAID Getafe (1)	
CCAD Santa Hortensia (4)	CAID Leganés (1)	
CCAD Casa de Campo (4)	CAID Majadahonda(1)	
CCAD Fúcar (4)	CAID Mancomunidad Los Pinares (1)	

(1) Convenio de Colaboración con Entidad Local    (2) Contrato de Gestión de Servicio Público  
(3) Recursos propios de la Agencia Antidroga    (4) Instituto de Adicciones

Nota: Recuperado de Agencia Antidroga Comunidad de Madrid Memoria 2014.

En la ciudad de Madrid se aborda el tema de las adicciones en 1988 con la puesta en marcha del primer Plan Municipal contra las Drogas. En la actualidad es el Plan de Adicciones para la Ciudad de Madrid 2011-2016, (Ayuntamiento de Madrid, 2011). Éste da cobertura estratégica a la atención en adicciones dentro de la capital, contemplando, en su abordaje, los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y ocupacionales de cada paciente.

Dentro del Ayuntamiento de Madrid los CAD forman parte de la red del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Son los dispositivos referenciales de la Red que prestan una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de abuso o dependencia del alcohol o de otras drogas.

El Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016 recoge, entre sus principios rectores, el enfoque integral de las adicciones, la universalidad y equidad de la prestación de los servicios, la cooperación e interdependencia entre las diversas redes públicas, instituciones y organizaciones sociales, principio acorde con el carácter complejo y multifactorial de las adicciones, la integración y normalización como orientación de todos los procesos de intervención y la participación comunitaria.

#### **5.5.4.1. LA DIMENSIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES**

Como aparece en la literatura anteriormente citada, el problema que origina el consumo de sustancias hay que contemplarlo desde una perspectiva multidimensional en la que, para tener un adecuado diagnóstico, y en consecuencia, una intervención acorde con el mismo, hay que abordar el conocimiento de una serie de factores.

El primero sería la propia sustancia consumida, y no solamente por la cantidad, naturaleza o el efecto que produce, si no por otros aspectos como la accesibilidad, el riesgo que puede tener su obtención o la propia valoración social, relacionada con la prohibición o no de la misma y, por lo tanto, por la legalidad o no en su consumo y obtención, aspecto que tendrá relación directa con la dimensión social. Siguiendo los parámetros del concepto de salud, también hay que contemplar la dimensión biológica-fisiológica de la persona, la psicológica, la social, añadiendo también la dimensión transcultural.

La dimensión social se puede desglosar, de manera resumida en tres subsistemas:

- ✓        Microsistema: familia, escuela, grupo de iguales.
- ✓        Mesosistema: roles, trabajo, ocio, estatus, hábitat.

✓ Macrosistema: valores, sistema social, políticas educativas, legislación, alternativas, dimensión transcultural, medios de comunicación y publicidad (Castanyer, Aguilar, Jiménez y Sánchez Moro, 1998).

Estas dimensiones, para evitar cualquier valoración simplista, hay que contemplarlas como interdependientes, lo que nos proporcionara un diagnóstico integral y, por lo tanto, un abordaje más eficaz.

En lo referente al Trabajo Social, entre la relación sustancia, persona y entorno, es de manera más significativa donde puede encontrar el ámbito de intervención pertinente, aunque sin dejar de ponerlas en relación con las anteriores.

De acuerdo con el cambio en la conceptualización que propone el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición) (DSM-5)” (American Psychiatric Association, 2014) la adicción se contempla como un continuum y no se dicotomiza en categorías de dependencia y abuso (National Association of Social Workers, 2013). Con esto el abordaje de las intervenciones requeridas suele ser a medio-largo plazo pudiendo llegar las intervenciones más prolongadas a años.

Es, en estas intervenciones, donde aparece la complejidad ya que, al trastorno por consumo de sustancias, se pueden sumar otros trastornos simultáneos en la denominada Patología Dual. A su vez pueden producirse otros patrones ligados al consumo de sustancias diferentes a la que era la sustancia inicial de tratamiento, con los consiguientes efectos físicos, psíquicos y sociales proveniente de la suma de estos factores.

Esta nueva complejidad exige a los trabajadores sociales un ejercicio de adaptación formativa continua, debiendo de estar familiarizados con los criterios para la evaluación del consumo de sustancias como el DSM-5 o el CIE-10. También necesitan mantenerse al día, con respecto a los frecuentes cambios en la legislación, debido a las propias consecuencias que suelen acarrear algunas conductas asociadas al consumo y obtención o tráfico de

sustancias ilegales. Asimismo necesitan desarrollar la capacidad de trabajar con los individuos y sus familias para que la intervención social sea adecuada y eficaz, utilizando los recursos existentes y emergentes, incluyendo las prácticas basadas en datos empíricos.

También en este conocimiento de la dimensión social no hay que olvidar la influencia de otros aspectos socioculturales en el abordaje de las adicciones. Esto exige al trabajador social tener en cuenta factores como el género, la etnia o la cultura, incluyendo dentro de este ámbito el hecho religioso.

Esto es importante ya que, desde esta perspectiva, se evitarían explicaciones simples, relacionadas exclusivamente con el hecho del consumo, y que no contemplan otros aspectos como la normalización del juego o el consumo de alcohol en su contexto de procedencia o lo que supone el consumo desde la perspectiva de creencias religiosas.

Un ejemplo que comencé a ver hace pocos años, a raíz del aumento del flujo migratorio, fue el consumo de alcohol en personas de creencia musulmana y como esta conducta les afectaba en la ruptura con un contexto de integración en su comunidad de referencia.

También hay que huir del juicio moral y contemplar esta dimensión ya que nos encontramos con individuos donde el historial judicial puede ser amplio y especialmente sensible.

Al hilo de la necesidad de la formación continuada en este campo, comentar que, si en España el debate del reconocimiento profesional se establece en el ámbito del Trabajo Social Sanitario, en USA el Trabajo Social en adicciones da un paso más allá hacia la acreditación o credencial profesional reconocida por la NASW como garantía de la solvencia profesional y formativa que tienen que tener los profesionales que trabajan en este campo. Esta credencial denominada *Certified Clinical Alcohol, Tobacco and Other Drugs Social Worker* (C-CATODSW) se puede obtener, tras 2 años de experiencia de Trabajo Social Clínico, posterior a la titulación, y 2 años de

experiencia en el campo de adicciones. Es un paso más en progresión en la carrera profesional de un trabajador social.

#### **5.5.4.2. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN ADICCIONES.**

Las drogodependencias son consideradas como objeto propio del ámbito disciplinar y profesional del Trabajo Social. En la intervención sobre ellas desempeña un papel de suma importancia el trabajador social, como conocedor de niveles de prevención, intervención, asistencia, rehabilitación y reinserción social.

En las funciones del Trabajo Social debe quedar situada la apuesta por la atención integral concebida como un proceso individualizado, capaz de adecuarse a las especiales características de la persona y de su familia.

Esta atención integral se interpreta desde varios principios básicos:

- ✓ la individualización del tratamiento,
- ✓ la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad de cada persona,
- ✓ la realización de una evaluación continua del paciente, con lo que permite la adaptación dinámica a los cambios que se pueden originar en su proceso de rehabilitación
- ✓ y por último, una atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública. (Estrategia Nacional sobre Drogas, 2009-2016).

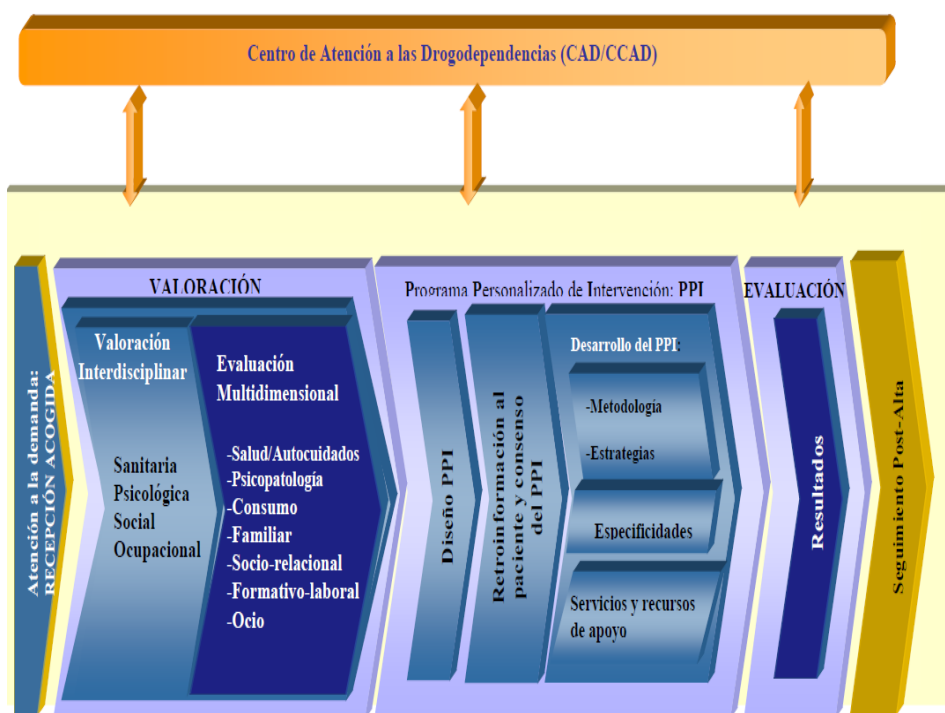
Las funciones de los trabajadores sociales tendrán que mirar hacia el deterioro social que suele conllevar el consumo recurrente de sustancias. Esto influye en la dejación o disminución del cumplimiento con los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico, la reducción o abandono importante de actividades sociales, ocupacionales o recreativas e incluso el descuido o abandono de las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo (DSM-5, 2014).

El trabajador social, al igual que el resto de los profesionales, que forman parte del equipo interdisciplinar de los CAD, tiene un claro papel que cumplir en el proceso de atención integral.

En el Protocolo de intervención, desde el Trabajo Social, en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid se describe el proceso de atención integral en función de una serie de etapas. Si bien dichas etapas no siempre son fáciles de delimitar en la práctica, quedarían esquematizadas de la siguiente manera:

Diagrama 11

*El proceso de atención integral a las drogodependencias.*



Nota: Recuperado de Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

En este protocolo se realiza un desglose de las funciones del trabajador Social quien, al igual que el resto del equipo profesional, interviene en la consecución de todos los objetivos fijados para la persona dentro de su Programa Personalizado de Intervención ( en adelante, PPI).

Este PPI se estructura en 7 ejes que, posteriormente, facilitarían la evaluación multidimensional. Estos ejes son: salud y autocuidados, psicopatología, consumo, familiar, socio-relacional, formativo-laboral y ocio. (Madrid Salud, 2012).

Desde el anterior planteamiento de las dos fases del proceso, valoración y PPI, se podría resumir las funciones del trabajador social en:

➤ Valoración, información y orientación:

Aportando y recogiendo información del caso, así como facilitando la gestión de los recursos necesarios para favorecer la estabilidad necesaria para el desarrollo de una posterior intervención.

Valorar la posibilidad real de tratamiento e informar de otras posibles alternativas de tratamiento si no se dieran las condiciones necesarias en el dispositivo.

La NASW propone una orientación por la que el trabajador social ayuda a la persona al acceso y a la vinculación con los servicios de evaluación, tratamiento y derivación. Esta evaluación y apoyo a la vinculación es necesaria. En algunos casos la dificultad no viene provocada por la falta de motivación de la persona, sino de algún proceso jurídico o clínico que le impide, en un corto espacio de tiempo, afrontar cualquier intervención.

➤ Diagnóstico y tratamiento social:

Es en esta fase donde, participando con el resto del equipo, se aporta la perspectiva social al PPI, tras el previo estudio y diagnóstico de la problemática social. Aún siendo un diseño individualizado se integra en el mismo el contexto familiar de la persona.

Además de estas funciones, relacionadas directamente con la intervención, se encuentran las que trabajan desde el ámbito de la prevención y de la coordinación.

En el primer caso, el de la prevención, el Trabajo Social, desde su orientación comunitaria, puede aportar metodología y práctica necesarias para elaborar estrategias adecuadas. El conocimiento del territorio de los trabajadores sociales comunitarios favorece el conocimiento de los contextos de mayor vulnerabilidad. Lo que les brinda la facilidad de movilizar la participación de las redes comunitarias en el diagnóstico e intervención social, incluso en aquellas iniciativas que están fuera de la red formal de asistencia como pueden ser los grupos de autoayuda.

En Madrid, existen numerosas iniciativas de este tipo que, a veces, se convierten en un complemento en el tratamiento de las personas y sus familias. Un ejemplo claro es el que ofrece Alcohólicos Anónimos (AA) que, desde su fundación en Estados Unidos en 1935, ha crecido por todo el mundo y, concretamente en Madrid, existen diferentes grupos que ofrecen su apoyo.

La participación y la prevención tienen los espacios formativos como una de sus plataformas de ejecución. Al hilo de esto me gustaría plasmar un breve comentario sobre estos temas y que está relacionado con el Plan de Formación de la Comunidad de Madrid que, según la última memoria de la Agencia Antidroga de 2014, han sido de 684 mediadores, en 37 cursos implementados en 8 municipios de la Comunidad de Madrid.

A la hora de exponer la distribución de la formación por colectivos destinatarios en 2014, realizan la categorización de la siguiente manera:

➤ Con profesionales de la salud:

Colegio Oficial de Psicólogos, Colegio Oficial de Enfermería, Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Colegio Profesional de Educadores Sociales y Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales. Se realizaron 8 cursos con un total de 135 mediadores formados.



➤ Con profesionales de los Servicios Sociales:

Colegio Oficial de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Mancomunidad Sierra Norte. Se realizaron 2 cursos con un total de 37 mediadores formados. (Agencia Antidroga, 2014).

Respecto a la reinserción y el papel del Trabajo Social haré un breve comentario. La importancia de la reinserción radica en que si los cambios que la persona va experimentando en su desintoxicación y deshabituación no vienen acompañados de una mejora y cambios en su vida, volveremos a encontrar a la persona en una situación de vulnerabilidad que puede ser la antesala de una recaída, con todo el peso que suele llevar para la persona que vuelve a sentir otro fracaso. Los cambios tienen que ser estables y deben generarle a la persona la estabilidad y seguridad suficiente para afianzar su proceso. Es aquí donde entra en juego la necesidad de tener unos ingresos económicos estables y que le permitan mantener una calidad de vida digna.

Para ello el Trabajo Social orienta parte de su intervención hacia la consecución de ese escenario. Desde objetivos a corto plazo, mediante la obtención de prestaciones económicas que le permitan comenzar a vivir con una cierta autonomía y, posteriormente, poder abordar la mejora de su capacitación formativa y laboral para, por último, poder trabajar sobre la posible inserción laboral, si fuese viable.

En la tabla que muestro a continuación se recogen los datos de la memoria de la Agencia Antidroga del 2014, dónde se observa la importancia que tiene el Trabajo Social en el desarrollo de estos itinerarios asistenciales o de promoción e inserción sociolaboral.

Tabla 32

*Prestaciones ofrecidas por la Agencia Antidroga.*

	2013	2014		2013	2014
Gestión prestaciones			Nº pacientes*	1.310	1.463
Mejorada cualificación profesional	1.030	928	Talleres Agencia Antidroga	445	240
			Recurso normalizado	585	688
Inserciones laborales	734	871	Itinerario COS/TALLERES Agencia Antidroga	303	266
			Recurso normalizado	431	605

\*Pacientes a los que se les ha tramitado prestaciones

Nota: Recuperado de Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Memoria 2014.

La importancia de estos datos se puede observar al ver que el 11,53% de los pacientes activos no tienen ningún tipo de ingreso económico y que el 2,5% están en situación de calle. Aquí es donde la situación de exclusión generada por su situación económica pone a la persona en una zona de alta vulnerabilidad respecto a su adicción.

También es importante el trabajo en el área formativa y laboral que, como reflejan los datos, consigue, mediante la cualificación profesional en los recursos normalizados y en los Talleres de Agencia Antidroga, una mejora en las inserciones laborales, dato significativamente bueno si se considera la situación del empleo en España (Agencia Antidroga, 2014).

De todos modos, y como aspecto negativo, me gustaría señalar que en este mismo documento aparece tabulado como “Intervenciones Sociales” (Tabla 33) exclusivamente lo referente a la tramitación de documentos y no las actividades relacionadas directamente con la intervención, el acompañamiento, asesoramiento, información u orientación, quedando la cuantificaciones de intervenciones reducidas a una mera anécdota.

Tabla 33

*Intervenciones Sociales.*

Tramitación de documentación	Número
Tramitación de empadronamientos	16
Tramitación de DNI / pasaporte	57
Tramitación de RMI	3
Tramitación de tarjeta sanitaria	5
SAJIAD	74

Nota: Recuperado de Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid. Memoria 2014.

## 5.6. EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO: LA ESPECIALIZACIÓN. UN RETO O UNA REALIDAD.

Con las anteriormente citadas definiciones del modelo biopsicosocial y declaración de la OMS en Alma-Ata, redefiniendo el concepto de salud, se abrió un nuevo paradigma para abordar no la enfermedad de la persona, sino la salud de la persona. Es en este nuevo escenario donde encuentra justificación y espacio para su desarrollo el Trabajo Social Sanitario. Según cita la UOC, el Trabajo Social Sanitario representa un 17% de la actividad de los profesionales del sector (Universitat Oberta de Catalunya, 2015).

Los trabajadores sociales sanitarios realizan su labor enmarcada en los equipos multiprofesionales que intervienen en los procesos de atención de los distintos espacios asistenciales en salud: atención primaria, atención especializada y hospitalaria, salud mental, adicciones, dependencia, etc. El profesional del Trabajo Social se convierte, no solo el especialista del abordaje social en salud, sino que es el principal elemento de conexión entre dos sistemas, el Sanitario y el Social, consolidados como parte fundamental del Estado Social y de Derecho, o dicho de otra manera, del Estado de Bienestar.

El Trabajo Social tiene su marco de intervención en los determinantes sociales en salud y, es desde aquí, desde una perspectiva integral de los procesos, centrándose en los factores individuales, familiares y el contexto social, desde dónde el profesional debe generar el conocimiento integral del proceso de la enfermedad en la persona o en el colectivo y una propuesta de intervención-atención.

El concepto de atención integral es reclamado en la actualidad tanto por los servicios sanitarios como por los sociales. Desde aquí se entiende la tendencia de favorecer las intervenciones, no en los centros hospitalarios, sino en sus hogares, manteniendo a las personas integradas en su entorno. Sumando el apoyo coordinado de sus recursos personales y familiares, junto con los que ofrecen desde los servicios y programas que sean requeridos (salud, educación, atención social, vivienda, familia y allegados, ambiente, transporte, participación social, cultura, ocio, etc.) (Rodríguez, 2013).

Es en este espacio de frontera donde el Trabajo Social tiene una posición privilegiada ya que se sitúa entre todos estos espacios vitales para la mejora de la salud y de la calidad de vida de la persona.

A pesar de que el Trabajo Social tiene presencia en todos los dispositivos citados a lo largo de este capítulo, no tiene el reconocimiento de profesión sanitaria. Este aspecto se ha convertido en una reclamación por una parte importante de profesionales del sector y también por organismos e instituciones como el Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid o algunos movimientos asociativos como la Asociación Trabajo Social y Salud.

Esta demanda ha visto, en la formación, la manera de abordar la necesidad de un nuevo rol más profesionalizado, por un lado, y por otro, la de abordar el tema del status profesional, trabajando para poder establecer relaciones horizontales con otros profesionales sanitarios.

Este aumento de la complejidad en la atención, debido a la propia complejidad del sujeto y de la sociedad, convierte la atención psicosocial en un reto en el que el Trabajo Social tiene que afianzarse desde su formación, pero también desde su capacitación, para realizar funciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para estar en disposición de realizar un mejor abordaje profesional desde el que poder ofrecer una asistencia de calidad, un diagnóstico social sanitario y planes de intervención adecuados.

A modo de conclusión de este capítulo, subrayaré que el siglo XXI ha estrenado una nueva vía de debate y también de realidad. El Máster Universitario de Trabajo Social Sanitario de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC), que graduó su primera promoción en el verano de 2015, está adscrito a Estudios de Ciencias de la Salud, lo que lo vincula al sistema sanitario. Si a esto sumamos el espacio que ya ha generado para el Trabajo Social Sanitario toda la legislación y el hecho de que los profesionales están contratados por el propio sistema de salud, se genera un contexto singular, que puede dar respuesta a las demandas de los trabajadores sociales dentro del sistema sanitario.

Con este hecho se genera un cambio en el que el Trabajo Social dejaría de contemplarse de una manera reduccionista, como una profesión encargada de realizar derivaciones y gestión de recursos sociales. Este aspecto lo puede realizar cualquier profesional sin tener que temer al intrusismo, dado que estas tareas están más cerca de una sencilla gestión burocrática y administrativa que del Trabajo Social Sanitario. Esta disciplina tiene la capacidad de investigar para generar una propuesta de intervención en forma de plan o proyecto, fundamentada en un diagnóstico social sanitario que asume los principios y valores de la profesión. No se trata de palabrería, es proyectar sobre el concepto de salud la perspectiva social, no la gestión de recursos sociales, aspecto, éste, que no es más que una caricatura del paradigma biopsicosocial y que se asemejaría más al ejemplo que mencionaba al principio del capítulo del profesional médico que “recetaba” recursos sociales.

## **CAPÍTULO 6. SATISFACCIÓN LABORAL.**

### **6.1. INTRODUCCIÓN**

Después de lo expuesto en anteriores capítulos, es un hecho que durante el siglo XX y XXI se ha producido, en nuestro país, un crecimiento de la red de atención a la salud y de la red de atención social a la ciudadanía que ha generado, entre otras cosas, el acceso universal de todas las personas a ambas redes. Si a esto le añadimos los logros generados por los nuevos avances tecnológicos en sí mismos, ya parecería que el engranaje de los sistemas de atención sería adecuado. Pero, para que esto sea así, hay que introducir un elemento más: el factor humano. Sin éste, a día de hoy, sería imposible lograr unos niveles de eficacia, eficiencia y efectividad adecuados en las estructuras que proporcionan la atención de la salud, ya sea desde el ámbito público como privado.

Pero el factor humano, parafraseando a Graham Greene (1978), se encuentra con una serie de circunstancias que han ido cambiando con el tiempo y que añaden un aumento de la diversidad y dificultad al trabajo desempeñado por los trabajadores de cualquier ámbito y, en concreto, a los que se mueven en el campo de la salud. Y es que las interacciones entre el trabajo y la salud se ven influidas, a su vez, por el ambiente en que se desarrollan, en el que es posible identificar agentes internos y externos a la empresa, cuya influencia es preciso conocer (IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, 2001).

Los profesionales del Trabajo Social de la salud deben enfrentarse a interacciones sociales complejas: a usuarios, compañeros de la misma y de diferentes disciplinas, a profesionales de otras redes o dispositivos, a la flexibilidad laboral, a la invasión de espacios privados (por la emergencia del

teletrabajo), a la búsqueda de la eficacia y eficiencia por los sistemas de dirección y a un trabajo con una fuerte carga mental y emocional en el desarrollo de su labor. (Peiró y Rodríguez, 2008)

La literatura relacionada con la dirección de empresa y la conducta organizativa aborda este tema ampliamente, aunque, también es cierto que, con la introducción de los modelos de Gestión de Calidad Total, se ha impulsado el interés por conocer el grado de satisfacción laboral de los trabajadores como modo de identificación de problemas y oportunidades de mejora. Un ejemplo de estos modelos guía es el Modelo Europeo EFQM (European Foundation For Quality Management), que concede un 18% de la puntuación total alcanzable a los aspectos relacionados con la gestión del personal (subcriterios 3 a-e) y resultados en las personas, entendiendo como tales a los trabajadores (Robles-García et al.,2005).

Estos son aspectos que, posteriormente, pueden incidir en el resultado final de la prestación del servicio. Además, tras la etapa de crisis económica experimentada a escala mundial, ha habido un aumento de la inestabilidad que, consecuentemente, ha afectado a la mayor parte de los sectores productivos. Esto incrementa la necesidad de mantener y potenciar la productividad de los trabajadores y su identificación y compromiso con el trabajo. Por este motivo, ha crecido la demanda de estudios sobre la satisfacción laboral y de los factores relacionados con la misma (Bonillo y Nieto, 2002).

Este interés por la satisfacción laboral en el campo sanitario lo llevan abordando los investigadores desde hace 35 años (García et al., 2003).

La manera de entender el funcionamiento y gestión del personal se basaba, tradicionalmente, en métodos y formas que enfatizaban la eficiencia técnica, la racionalidad y la apuesta por modelos de dirección jerárquicos como modo de control y garantes de la eficacia. Posteriormente, han surgido otros paradigmas alternativos que, aunque todavía no están plenamente

implantados, han ido ganando terreno a los clásicos. Esta nueva visión mira la calidad en el trabajo desde la potenciación de diversos factores que contemplan, de manera especial, a los escalafones más bajos de la pirámide laboral. Descubre la importancia de una mayor participación de los mismos, de una apuesta porque dispongan de cierta autonomía en su trabajo, de ampliar el acceso a la información operativa y establecer modelos de comunicación abierta en la organización que permitan el desarrollo personal, de la importancia de la formación como modo de preparar al trabajador para futuros puestos y defiende la existencia de recompensas basadas en el desempeño organizacional. (González, Peiró y Bravo 1996). Con todo esto se ha convertido en algo normal incluir la participación del propio cliente/usuario/paciente en los estudios de calidad laboral en las empresas.

Todos estos aspectos potencian la satisfacción y la motivación del trabajador, facetas importantes para implementar una mejor eficiencia y eficacia en el trabajo. Evitan, además, implicaciones negativas para la salud del trabajador y las consecuencias que esto causaría sobre la propia “salud” y eficacia de las organizaciones con la aparición de indicadores como el absentismo por enfermedad, accidentes laborales, bajo desempeño, conflictos, etc., (Peiró y Rodríguez, 2008). De hecho, se considera la motivación del trabajador y la satisfacción del mismo, las variables a tener en cuenta para la construcción de un adecuado ambiente laboral (Jiménez, Pérez, Pinel, Sánchez y Villanueva, 2016).

En el ámbito laboral he observado, tanto en mi vivencia personal como en la experimentada por el contacto con otros compañeros, como una satisfacción laboral positiva suele generar un mejor estado de ánimo, actitud, comportamiento e, incluso, sentimientos que generan una respuesta diferente ante los retos y las exigencias del desempeño laboral. Por otro lado, el factor contrario, la insatisfacción laboral, además de afectar a la productividad directa, también se puede trasladar y reflejar en otras esferas de la vida de la persona. Y es que, investigaciones recientes subrayan la relación existente entre la satisfacción/insatisfacción laboral y el estrés (Paris y Omar, 2008) y que, por lo



tanto, este factor influye en la satisfacción con la vida en general de modo positivo o negativo, aunque estas autoras señalan que estas relaciones aún no están claramente establecidas.

Los primeros estudios que abordaron esta variable organizacional y que comenzaron a relacionar algunos modos de funcionamiento y estructuración laboral y las percepciones que generaban en los trabajadores se sitúan en los realizados por Elton Mayo en la Western Electric Company, y en 1935 por Hoppock (García-Viamontes, 2010), y estaban orientados a descubrir la relación entre el trabajador y su desempeño laboral.

Algunos autores sitúan la existencia de una estrecha relación entre la satisfacción laboral y el desgaste profesional, también denominado “burnout”. Relacionan, directamente, estos dos factores afirmando que a más baja satisfacción laboral, mayor burnout (Hermosa, 2006). También se destaca que una desatención de la satisfacción y de los motivadores del individuo genera, como consecuencia, la aparición del síndrome de burnout, que conlleva una menor implicación, mayor despersonalización e inadecuación profesional. Esto genera, inexorablemente, una disminución en la calidad del servicio prestado (Hernández, Jiménez, Llergo, Mazzoni y Perandrés, 2014).

El estrés laboral es otro factor psicosocial relacionado con la satisfacción laboral ya que se entiende como un desajuste. Peiró y Rodríguez (2008) lo consideran una experiencia subjetiva de la persona, producida por la percepción de que existen demandas excesivas o amenazantes difíciles de controlar. Identifican y desarrollan hasta 8 categorías de estresores relacionados con: el ambiente físico, la organización laboral, los contenidos del puesto, el rol del trabajador, los derivados de las relaciones y las interacciones sociales, el desarrollo laboral, las características propias de la organización y un último que relaciona el trabajo con otras esferas de la vida, sobre todo con los conflictos familia-trabajo y viceversa. Estos factores podrían contrarrestarse con una adecuada satisfacción laboral y pueden provocar consecuencias

negativas para el trabajador, como por ejemplo, el aumento de la propensión al abandono.

Cada una de estas categorías creo que sería fácilmente identificable en el área de Trabajo Social de cualquier dispositivo sanitario ya que, por un lado, es un aspecto habitual el trabajar en un contexto donde interacciones sociales complejas forman parte del desempeño profesional ordinario, existiendo una demanda de solución inmediata no solamente por parte del usuario si no de otros profesionales de dentro y fuera de red. Ligado a esto, también me parece interesante reflexionar en otro contexto, fuera de esta investigación, sobre los estresores de rol. Cabría profundizar en el rol que desempeña el Trabajo Social en el ámbito sanitario, qué se espera de él, si encaja con el rol que el profesional siente en su profesión. De lo que podría derivarse que una ambigüedad del mismo, o una falta de concreción en su definición, podría llevar a la sobrecarga del rol profesional. Estos aspectos están muy relacionados con la imagen que proyectamos, forma parte del sentimiento que impulsa esta investigación y que genera preguntas. ¿Qué somos en y para el ámbito sanitario? ¿Qué se espera de nosotros y que creemos que deberían esperar realmente? ¿Es esto parte del origen de esa cierta insatisfacción compartida que nos encontramos en las conversaciones informales de los espacios de coordinación? ¿Esto influye en otros aspectos relacionados con el desarrollo laboral? ¿Existe posibilidad de promoción o de acceder a puestos de gestión en el ámbito sanitario?

Hay otros factores que se relacionan con la satisfacción laboral como los que aparecen en un estudio sobre enfermeras de los Equipos de Atención Primaria (en adelante EAP) de la Comunidad Valenciana (González, Peiró y Lloret, 1995) donde concluyen que el incremento de la autonomía y la estandarización de objetivos y criterios disminuye la tensión laboral y aumenta la satisfacción laboral y otros que relacionan la satisfacción laboral con la Inteligencia Emocional (Centeno, Herrera, López, Machado y Trujillo, 2016).

Como se puede ver, las variables son muchas y de tal entidad, cada una de ellas, que requerirían un abordaje más amplio que podría dar pie a futuras investigaciones.

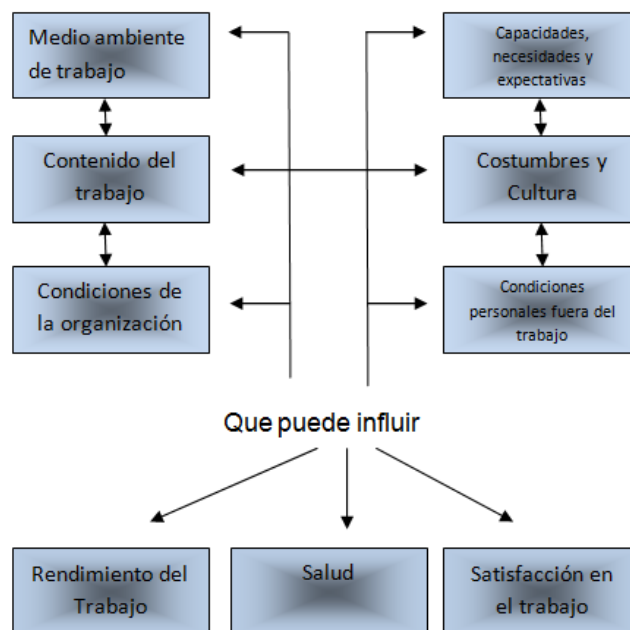
En definitiva, la importancia de la satisfacción influye en el clima organizacional o laboral, aspecto decisivo para el adecuado funcionamiento de cualquier empresa ya que condiciona las actitudes y el comportamiento de sus trabajadores (Robles-García et al., 2005).

Esta importancia de la satisfacción laboral es contemplada por la propia Organización Internacional del Trabajo, como elemento que influye en los riesgos psicosociales en el trabajo. La satisfacción entraría en interrelación con otros factores como el medio ambiente existente en el trabajo, el propio contenido del trabajo o las condiciones de la organización, por un lado, y, por otro, con las capacidades del propio trabajador, su cultura y sus necesidades personales así como la situación personal que tiene fuera del ámbito laboral (Cuenca, 1996). El conjunto de estos factores puede generar un aumento del riesgo psicosocial que puede influir en su salud, el propio rendimiento laboral y en la satisfacción laboral (Organización Internacional del Trabajo, 1987).

A continuación expongo una figura donde Cuenca (1996), en una aportación para el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, sintetiza estas relaciones.

Gráfico 2

*Factores psicosociales que interactúan en el trabajo.*



Nota: Recuperado de Cuenca (1996).

## 6.2. DEFINICIÓN.

Según la RAE, el término “satisfacción”, en una de sus acepciones, se define como la “confianza o seguridad del ánimo”. Si esto lo ligamos al concepto laboral, podríamos deducir que confianza y seguridad es lo que nos haría realizar nuestro desempeño profesional de una manera positiva, emocionalmente hablando y posiblemente, además, de modo eficaz y eficiente. Sumando algunas aportaciones teóricas sobre el tema de la satisfacción laboral provenientes de la psicología, la sociología o del área de dirección y gestión de empresas, el concepto de “satisfacción laboral”, y en concordancia con la definición de la RAE, es un sentimiento positivo y relacionado con el bienestar de la persona, por lo tanto subjetivo y con un carácter multidimensional. En este influyen, tanto las propias características provenientes de la organización y actividad laboral, como aspectos particulares del propio trabajador.

Para complicar la ecuación, tendríamos que añadir factores relacionados con el propio entorno social del trabajador que podrían influir en su satisfacción. Por poner algún ejemplo citaríamos la percepción que se tiene de ese trabajo a nivel social, la situación del mercado laboral y del campo legislativo en lo referente a la protección del trabajo o las políticas que favorezcan, o no, las contrataciones y los despidos. También señalan Meliá y Peiró (1989) que influirían aquellos aspectos relacionados con las percepciones, expectativas y demandas de la propia familia sobre el trabajador o cómo influye su trabajo en sus capacidades para desarrollar sus roles de padre/madre, pareja, etc.

Esto nos llevaría a contemplar la satisfacción laboral como una actitud general que tiene un trabajador hacia su trabajo, entendiendo éste de manera integral y no solo como la tarea laboral en sí. Esta satisfacción genera actitudes positivas hacia el propio trabajo y otras áreas de su vida, pudiéndose producir, en el caso de insatisfacción, actitudes negativas que pueden afectar a estas áreas vitales del individuo. Como se puede deducir, el hecho de ser una experiencia subjetiva de una persona que se desarrolla también en un contexto

cultural y social concreto, dificulta la aproximación al concepto de satisfacción laboral e incluso al propio significado del concepto trabajo.

Lo primero que hay que señalar es que existe una extensa literatura que aporta una amplia cantidad de definiciones. Esta literatura contempla el tema desde una visión compleja y con diferentes parámetros de aproximación sin que exista una definición consensuada y única. Este hecho lo convierte en un tema de interés para plantear en otro espacio, con la adecuada profundidad. Sería escenario de otras investigaciones por lo que, solamente, mencionaré algunas de las más citadas en la literatura que hemos abordado y al final una clasificación, a modo de esquema.

Como he mencionado anteriormente, los primeros estudios sobre satisfacción corresponden a Hoppock (1935), quien atribuyó a circunstancias fisiológicas, psicológicas y medioambientales el nivel de satisfacción obtenido. Posteriormente, Herzberg (1954) desarrollo la teoría de los Dos Factores, citada y utilizada en numerosos textos relacionados con el tema de la motivación y el trabajo. Estas conclusiones venían precedidas de un estudio previo de las actitudes laborales de ingenieros y contables realizado en Pittsburgh. Según esta teoría, existen unos factores de crecimiento o motivadores, relacionados directamente con el trabajo (reconocimiento, logro, el trabajo en sí y la promoción). También existen unos factores denominados “higiénicos” (de evitación del descontento) que se relacionan con el entorno del puesto de trabajo, la política de empresa, las relaciones interpersonales, las condiciones de trabajo, el salario o la seguridad del puesto. Estos factores tienen una función más orientada a prevenir o evitar la insatisfacción.

De esta investigación se extraen, como determinantes de la satisfacción laboral, los siguientes factores: realización, reconocimiento, el propio trabajo, responsabilidad y promoción, subrayando los 3 últimos como los factores de mayor importancia para un cambio de actitudes de mayor duración.

Los factores identificados como no gratificantes y relacionados con la insatisfacción laboral fueron: política y administración de la compañía, supervisión, salario, relaciones interpersonales y condiciones laborales.

Mientras que los factores ligados a la satisfacción laboral generaban actitudes laborales positivas, los segundos producían lo contrario y se relacionaban con frecuentes cambios a corto plazo en las actitudes laborales.

Una de las definiciones clásicas que aparecen en más textos es la de Locke (1976), quien definió la satisfacción laboral como un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto". Esta definición resulta interesante porque no contempla la satisfacción como el resultado de una experiencia única, si no que habla de "experiencias laborales", es decir sería el sumatorio de diversos factores laborales y de la percepción que se tiene de ellos. Y es que el trabajo se compone de diferentes experiencias, donde podría darse el caso que la satisfacción respecto al sueldo no sea elevada pero la que se tiene con la tarea o con el clima de relación con los compañeros eleve la percepción de la satisfacción laboral global a un rango positivo, es decir, que contempla la satisfacción general como la suma de áreas de satisfacción parciales.

Dentro de la literatura española nos encontramos, en muchos estudios y textos específicos, con Peiró (1991), quien define la satisfacción laboral como "el conjunto de actitudes que una persona tiene hacia su trabajo, entendiendo por actitud aquella configuración de placer o estado emocional positivo resultante de una o varias experiencias de trabajo".

Jiménez, Pérez, Pinel, Sánchez, y Villanueva (2016) la definen partiendo de que es un constructo multidimensional y que está referida al “bienestar subjetivo que experimenta el trabajador tras su actividad laboral”. Exponen que el conjunto de respuestas afectivas que generan la satisfacción influirán en el desempeño del trabajador en su empresa. Cuantifican las variables que hay que tener para contemplar el grado de satisfacción laboral. Citan el absentismo, el abandono del trabajador y su propia productividad.

Canal (2013) define la variable satisfacción laboral como una media aritmética de las variables: ingresos, estabilidad laboral, localización, condiciones laborales, oportunidades para promocionar, reto intelectual, nivel de responsabilidad, contribución a la sociedad, estatus social y grado de independencia.

Robbins y Judge (2009) definen la satisfacción en el trabajo como el sentimiento positivo que resulta de la evaluación de las características del que se desempeña. Señalan que los factores más importantes que conducen a la satisfacción en el puesto son: un trabajo desafiante desde el punto de vista mental, recompensas equitativas, condiciones de trabajo que constituyen un respaldo, colegas que apoyen y el ajuste personalidad–puesto. Por otra parte, el efecto de la satisfacción en el puesto y en el desempeño del empleado implica y comporta: satisfacción y productividad, satisfacción y ausentismo y satisfacción y rotación.

Me ha parecido interesante reflejar una figura con la que Robbin y Judge (2009) esquematizan los cuatro tipos de respuestas que el trabajador puede generar en el puesto en relación a la satisfacción laboral sentida. Estas respuestas difieren, una de otra, en dos dimensiones: constructiva/destructiva y activa/pasiva. Definen los cuatro tipos de respuesta del siguiente modo:

- **Salida:** Comportamiento dirigido a dejar la organización. Incluye buscar un nuevo empleo, además de la renuncia.

- **Voz:** Intento activo y constructivo de mejorar las condiciones. Incluye la sugerencia de mejora, la discusión de problemas con los superiores y alguna forma de actividad sindical.

- **Lealtad:** Espera pasiva pero optimista de que mejoren las condiciones. Incluye hablar en favor de la organización ante las críticas externas y confiar en que la organización y su administración “harán lo correcto”.

- **Negligencia:** Permitir pasivamente que empeoren las condiciones. Incluye el ausentismo o retrasos crónicos, esfuerzos pequeños y un mayor porcentaje de errores.

Figura 4

*Respuestas a la insatisfacción en el puesto.*



Fuente. Robbins y Judge (2009) Citado como Reimpreso de Journal o Applied Social Psychology.vol15. N°1.



El sentimiento de incapacidad para controlar las demandas laborales lleva al trabajador a una disminución de la satisfacción con su trabajo. Paris y Omar (2008) señalan que la satisfacción laboral es “el resultado de una evaluación cognitiva mediante la que el sujeto compara su realidad cotidiana con un estándar ideal construido a lo largo del tiempo”.

También se considera la satisfacción laboral como una “actitud”, pues hace alusión a conductas y opiniones del operario hacia sus tareas (Hernández, Jiménez, Llergo, Mazzoni y Perandrés, 2014).

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo la define como “el grado de bienestar que experimenta el trabajador con motivo de su trabajo”. Distingue tres bloques desde donde se desarrollan los modelos teóricos de satisfacción laboral:

- Existencia de necesidades, experiencias comunes a todos los individuos.
- Necesidades de satisfacción y necesidades de insatisfacción (Herzberg).
- Teorías de satisfacción de necesidades (cada individuo tiene sus propias y diferentes necesidades).

Por último, me ha parecido interesante exponer las aportaciones de Bonillo y Nieto (2002), quienes, basándose en Thompson y McNamara (1997), relacionan la satisfacción laboral y la motivación. Esta interrelación les permite identificar tres bloques, o “armazones” que sirven de marco a diferentes modelos teóricos de la satisfacción laboral. El primero versa sobre el contenido, el segundo se refiere al proceso y el tercero está enraizado en los modelos situacionales de la satisfacción laboral (Thompson, y McNamara, 1997).

En el primer bloque sitúan las Teorías de Contenido, dónde concretan que los teóricos de contenido asumen que la satisfacción de necesidades y el logro de valores pueden conducir a la satisfacción laboral (Locke, 1976).

En el segundo bloque, o armazón, sitúan las Teorías de Proceso. Aquí la explicación de la satisfacción laboral se sitúa en la investigación de la interacción de variables como las expectativas, los valores y las necesidades.

En el tercer bloque sitúan los Modelos Situacionales. Estas teorías exponen algunas variables que influyen en la satisfacción laboral. Algunas de estas referirían que las características de la tarea, las de la organización, y las del individuo influyen en la satisfacción laboral

Tabla 34

*Modelos teóricos de la satisfacción laboral y la motivación.*

PRIMER ARMAZÓN: TEORÍAS DE CONTENIDO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de la jerarquía de necesidades de Maslow.</li> <li>• Teoría de la motivación e higiene (Herzberg, Mausner y Snyderman, 1959).</li> </ul>
SEGUNDO ARMAZÓN: TEORÍAS DE PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de las expectativas de Vroom (1964).</li> <li>• Teoría de la equidad de Adams (1963).</li> </ul>
TERCER ARMAZÓN: MODELOS SITUACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teoría de satisfacción laboral de los sucesos situacionales (Quarstein, McAfee y Glassman, 1992).</li> <li>• Teoría de las características del puesto de trabajo (Hackman y Oldham, 1975).</li> </ul>

Nota: Elaboración propia basada en Bonillo y Nieto (2002)

Como se puede ver en las definiciones anteriormente expuestas, en la satisfacción laboral se identifican diferentes determinantes que servirán para poder acotar mejor este concepto y medirlo. Entre estos determinantes podría señalar los compañeros, la supervisión, el salario, las posibilidades de promoción y las tareas a realizar (Locke, 1976).

Tansel y Gazioglu (2013), en un estudio que elaboran sobre la satisfacción laboral en las relaciones entre trabajadores y empleados, sitúa 4 determinantes. La influencia sobre el trabajo; la satisfacción con el salario, la satisfacción con sentido de logro y la satisfacción en referencia al respeto por parte de los supervisores.

A las anteriores definiciones, Canal (2013) pone en relación la satisfacción laboral y los ingresos en el caso concreto de los trabajadores españoles con título de doctor. Identifica como variables independientes explicativas de la satisfacción laboral dos categorías diferentes. Una primera permite una valoración objetiva de las características personales y laborales del individuo: sexo, edad, formación, características del puesto de trabajo (antigüedad, sector de actividad, duración del contrato y duración de la jornada laboral), producción (en el caso de su estudio referida al ámbito científico) y, por último, los ingresos.

Un segundo conjunto de variables las orienta a modelar una valoración subjetiva de la situación laboral del individuo. Relación entre el puesto de trabajo (que busca los desajustes en educación y los estudios realizados) y la adecuación de la formación al puesto de trabajo (que observan el desajuste en la cualificación).

Esta relación es interesante. Sitúa la satisfacción no solamente desde el área de formación obtenida, que en nuestro caso sería el Trabajo Social con formación en el campo de Salud, si no en el propio nivel académico ostentado, refiriéndose a la posesión de nivel de doctorado. Generalmente, este nivel tiene su lugar de desarrollo profesional en la Universidad y no tanto en la empresa privada. Aunque, en otro estudio, Canal y Rodríguez (2011) demuestran que los doctores en Ciencias que trabajan en empresas (públicas o privadas) obtienen mayores rentas que aquellos que lo hacen en la universidad, mientras que lo opuesto se cumple para los doctores en Humanidades y Ciencias Sociales.

Rose (2001) enfoca la satisfacción laboral desde los métodos utilizados para su medición en estudios empíricos. Desde este planteamiento entiende la satisfacción como un concepto bidimensional formado por una primera dimensión intrínseca en las que situaría como factores determinantes las características de cada individuo, tales como edad, sexo, nivel de estudios, etc. Una segunda dimensión extrínseca, aglutinaría una serie de factores relacionados con las características del puesto de trabajo, como pueden ser ingresos, tamaño de la empresa, tipo de contrato, etc.

En un estudio realizado en Argentina dentro del campo sanitario a los profesionales médicos y de enfermería, situaron como predictores de satisfacción laboral las fuentes de estrés en el ámbito asistencial. Las identifican, utilizando el consenso existente entre diferentes autores teóricos, en dos grupos: organizacionales y extraorganizacionales. En la siguiente tabla se exponen, a modo de resumen, algunas de estas fuentes de estrés, dividiendo las pertenecientes al grupo de extraorganizacionales en variables individuales y variables referentes al contexto social.

Tabla 35

*Predictores de satisfacción.*

<b>ORGANIZACIONALES</b>	▪ Sobrecarga
	▪ Conflictos
	▪ Falta de apoyo de superiores y colegas
	▪ Falta de recursos, tanto humanos como materiales
	▪ La presión del tiempo
	▪ Los bajos salarios
<b>EXTRAORGANIZACIONALES</b>	<b>VARIABLES INDIVIDUALES:</b>
	▪ La cantidad de horas de trabajo
	▪ Variables sociodemográficas tales como la edad y el género, nº hijos, etc.
	▪ El nivel educativo
	▪ Carácter público o privado de la institución
	▪ Variables psicológicas (neuroticismo, la introversión o el locus de control externo)
	<b>VARIABLES REFERENTES AL CONTEXTO SOCIAL:</b>
	▪ La incompatibilidad entre el trabajo y la vida familiar
	▪ Una pobre valoración social de la tarea
	▪ Factores propios del ámbito laboral

Nota. Elaboración propia basada en Paris y Omar (2008).

En otro estudio realizado para médicos de atención primaria en Barcelona, donde relacionaban la satisfacción laboral, el desgaste profesional y las características sociodemográficas, señalan las siguientes dimensiones como las que se vinculan con la satisfacción laboral. Estos factores son: estrés por el trabajo, competencia profesional, presión en el trabajo, promoción profesional, relación interpersonal con los jefes, características extrínsecas de estatus y monotonía en el trabajo (García et al., 2003).

Moya (2011), después de realizar una revisión de literatura científica y estudios sobre la satisfacción laboral y la motivación centrada en profesionales de enfermería, encuentra algunos de los factores determinantes para la satisfacción laboral. Señalo, sin entrar en profundidad, solo algunos de los que aparecen en el citado texto. Las relaciones interpersonales (relaciones con médicos, otros compañeros y pacientes), autonomía, asignación de pacientes no de tareas, carga de trabajo y ratio enfermera-paciente, reconocimiento e implicación en la toma de decisiones, descentralización del poder, trabajo en equipos multidisciplinarios, organización del trabajo (ambiente, conciliación familiar, variedad de tareas, especialización, etc.), posibilidades de promoción, formación continuada, trabajar con estados de salud, enfermedad y muerte, el prestigio y otras. Algunas de estas características son las mismas que he compartido en conversaciones informales con colegas del ámbito de la salud a lo largo de mi vida laboral. Aún no teniendo ninguna validez científica, son las que impulsaron el cuestionarme como estarían estos profesionales a nivel global en este primer y secundario acercamiento.

Como se puede apreciar, existe una cierta coincidencia a la hora de contemplar las actitudes implicadas en el tema de la satisfacción laboral. Estas variables independientes son las que marcan la diferencia en las evaluaciones y posterior análisis. Como ya he comentado anteriormente, con el auge de la implantación de los sistemas de gestión de calidad el tema de la satisfacción laboral se ha implementado. Utilizando el modelo EFQM (European Foundation For Quality Management), en 2003 se realizó un estudio sobre la satisfacción laboral en un hospital comarcal de Cantabria (Robles-García et al., 2005). A continuación me detendré un momento en plasmar las dimensiones que han utilizado en este estudio y que me resultan de interés debido a pertenecer al contexto sanitario español.

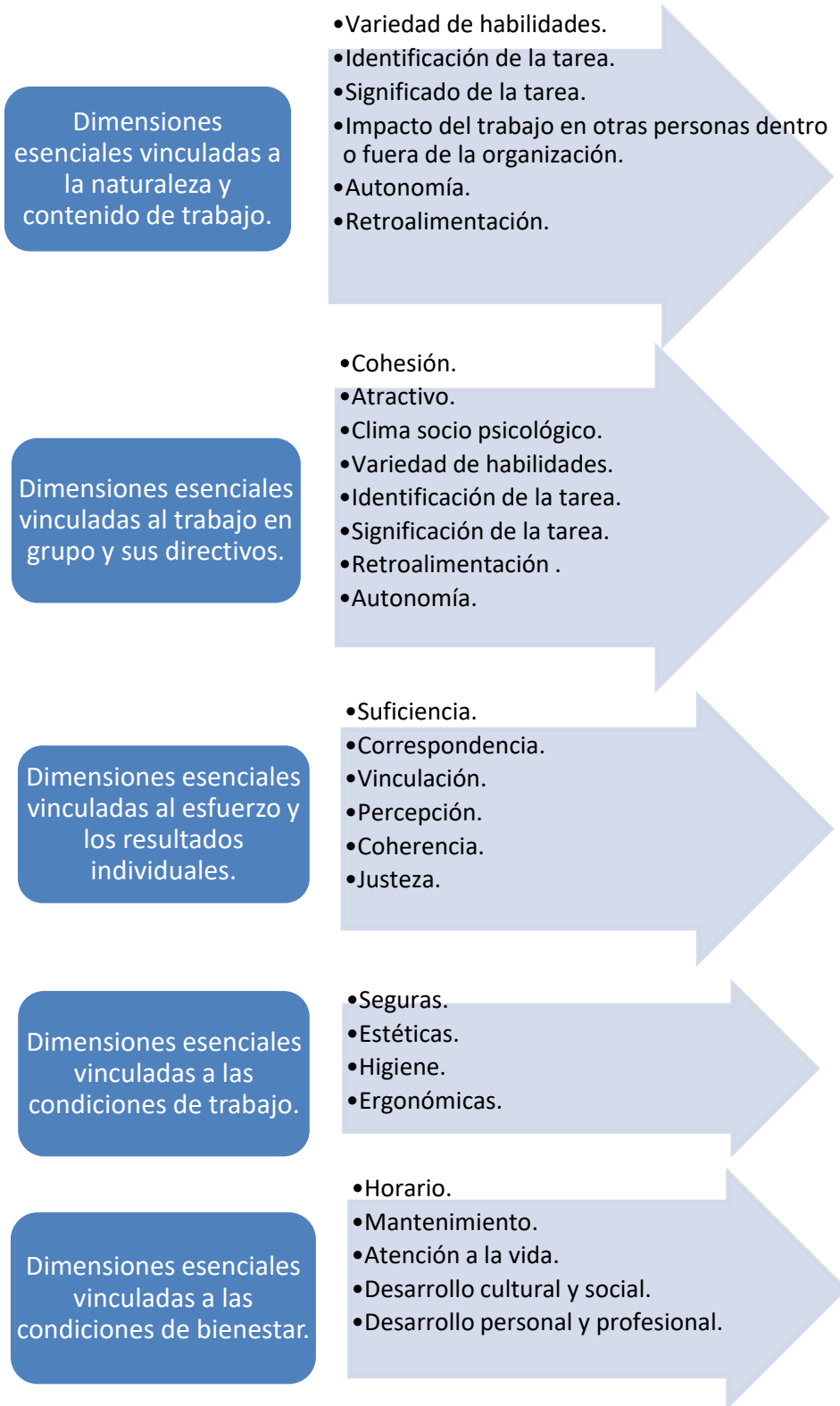
Los factores principales que vincularon a la satisfacción laboral fueron:

- La naturaleza y contenido de trabajo.
- El trabajo en grupo y sus directivos.
- Las condiciones de trabajo.
- El esfuerzo y los resultados individuales.
- Las condiciones de bienestar.

A su vez, a estos factores se le asociaron unas variables que denominaron “dimensiones esenciales”. En el siguiente cuadro voy a identificar, sin describir, los cinco conjuntos de variables que salen de los citados factores.

Tabla 36

*Dimensiones esenciales vinculadas con la satisfacción de las personas.*



Nota: Elaboración propia a partir de Robles-García et al. (2005).

Como se puede ver en esta breve aproximación al mundo de la satisfacción laboral, a pesar de ser un concepto subjetivo, existen numerosos factores que se han identificado para aproximarnos a esa sensación que puede llevar a un trabajador a estar más o menos estimulado en su puesto y desempeño laboral. Como el tipo de trabajo en sí, la remuneración económica derivada de ese trabajo, las diferentes oportunidades de progresar en la carrera profesional, la supervisión y relación con los mandos superiores y también con los compañeros y usuarios o clientes.

La satisfacción laboral es un aspecto importante que se contempla desde la perspectiva de la salud laboral en el trabajo. En el mundo hay 118 Organismos especializados en Seguridad y Salud en el Trabajo (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, INSHT, 2016).

Resumiendo, las necesidades y motivaciones en las personas son factores esenciales para una adecuada satisfacción laboral. Estos factores son individuales, dinámicos y van transformándose con el tiempo y con las experiencias que va acumulando el trabajador en su historia profesional y personal. Voy a poner un claro ejemplo, centrándonos en una de las variables que aparecen en todos los estudios, los ingresos económicos. La importancia de lo que ingresamos cambia a lo largo del tiempo. En un trabajador joven sin responsabilidades ni cargas familiares la percepción de los ingresos posiblemente será diferente a la de un trabajador con años en el cargo y con responsabilidades y cargas familiares. La dinámica personal y familiar le hace necesitar unos ingresos diferentes, ligados a unas responsabilidades diferentes. La motivación para conseguir esos ingresos y mantener estabilidad en su puesto laboral será diferente en ambos casos. Si no satisfacen los ingresos económicos o las expectativas y necesidades derivadas de las circunstancias relacionadas con contextos externos al laboral-profesional, la motivación y, en consecuencia, la satisfacción laboral variaría hacia valores decrecientes. Y es que el trabajador no es solamente un individuo en relación con su profesión-trabajo, sino que también está en relación con su contexto (interno y externo). La conjunción de estos factores influye en las actitudes, comportamientos y resultados profesionales del mismo.



En las conversaciones ocasionales con profesionales de otros sectores, cuando se aborda el tema de la motivación en el trabajo, especialmente en los ámbitos de las profesiones relacionadas con el campo social, de la salud o docente, parece tener que proceder, principalmente, de la “vocación” del profesional ante el atractivo reto de ayudar a los demás. Esta premisa contrasta con el dato que refleja que los trabajadores sociales son considerados uno de los principales grupos de riesgo del síndrome de burnout (Cosano-Rivas y Hombrados-Mendieta, 2014).

La vocación o la motivación inicial son importantes, pero no bastan. No hay que olvidar la multidimensionalidad del trabajador ya que esto puede afectar a la satisfacción laboral del mismo y, en consecuencia, a la motivación para realizar adecuada y positivamente su desempeño. Además, ante una insatisfacción laboral y una baja motivación, la empresa perderá la posibilidad de sumar características del trabajador ligadas a su competencia profesional o personal, su inteligencia o sus aportaciones analíticas y reflexivas, con las que la organización podría realizar cambios sustanciales para mejorar sus resultados.

No cuidar a los profesionales, en especial en estos campos, es no cuidar el activo más valioso de la organización y perder su implicación e identificación con el proyecto empresarial. Y es que, como expresan Robbins y Judge (2009), “la mayoría de individuos prefieren un trabajo que plantee retos y sea estimulante, que otro que sea predecible y rutinario”. En el Trabajo Social en el campo sanitario, completaría esta premisa añadiendo que, además de ser un trabajo estimulante y tener unas recompensas económicas o en modo de formación o promoción, también debe de tener un reconocimiento adecuado al resto de los profesionales con los que comparte tarea. Si esto no es así ¿la satisfacción del profesional será positiva?

## **CAPÍTULO 7. METODOLOGÍA.**

### **7.1. INTRODUCCIÓN.**

Esta investigación se puede enmarcar, por una parte, en un análisis del rol que juegan los profesionales del Trabajo Social en el ámbito sanitario realizando un análisis previo, en la parte teórica, sobre las orientaciones y recomendaciones metodológicas y jurídicas que existen, tanto a nivel internacional como nacional. Por otra parte, realizar una comparativa de la aplicación de las metodologías predominantes en las intervenciones de los trabajadores sociales intentando vislumbrar las diferencias entre las que aplican los profesionales y las que se dan en los dispositivos.

Considero que analizar el papel que juegan los profesionales contribuye al desarrollo de la profesión y a la mejora de las intervenciones. También me resulta de suma importancia conocer las características del modelo que desarrollan, sus condicionantes endógenos y exógenos, y sus implicaciones sociales para desarrollar la estrategia propia de intervención profesional respecto al abordaje de la salud.

Dentro del plano de la satisfacción laboral el Instituto de Biomécanica de Valencia (2007) refiere que los problemas psicosociales de los trabajadores sociales están relacionados con la inseguridad en el trabajo, la falta de estima y la doble presencia. Como he comentado a lo largo de los primeros capítulos, el trabajador social está en contacto directo no solamente con los usuarios sino que también interactúa, en muchas ocasiones, con la red familiar del mismo. Con estos, además de darse una implicación emocional, también tiene que relacionarse desde la solicitud, conocimiento y manejo de datos sensibles referidos a sus situaciones personales, económicas, sociales, etc. que en muchas ocasiones generan tensión en las relaciones.

## **7.2. OBJETIVOS.**

### **7.2.1. OBJETIVO GENERAL**

El objetivo principal de la investigación es conocer la opinión de los trabajadores sociales acerca de su conocimiento teórico y de su desempeño laboral, así como también conocer su grado de satisfacción laboral y los posibles motivos de ésta.

### **7.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

Los objetivos específicos que pretendo alcanzar con esta encuesta son: descriptivos y analíticos. Con los descriptivos intento aproximarme al conocimiento del perfil, ya que no conozco ningún estudio que aporte estos datos y si existe alguna significancia o frecuencia especial. Estos objetivos no reúnen la formulación posterior de hipótesis ya que lo pretendo es identificar y cuantificar este conjunto de población (Icart, M. T. y Pulpón, A. M., 2012) Además, estas variables las podemos comparar, posteriormente, con otras variables descriptivas obtenidas en el cuestionario de satisfacción laboral.

Con los objetivos analíticos busco estudiar relación causa-efecto orientados a contrastar y verificar las hipótesis planteadas.

#### **7.2.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DESCRIPTIVOS.**

Los objetivos específicos descriptivos que persigo conseguir con esta encuesta son:

- 1) Disponer de información sobre el perfil del profesional: edad, sexo y estado civil.

- 2) Disponer de información sobre el perfil formativo: conocer la universidad de procedencia, antigüedad de la titulación y las posibles actualizaciones curriculares que ha realizado.

#### **7.2.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ANALÍTICOS.**

Los objetivos específicos analíticos que se busco conseguir con esta encuesta son:

- 1) Disponer de información sobre las formas en que desempeñan su tarea como profesionales del Trabajo Social:
  - las funciones que desempeñan,
  - los tipos de servicios que prestan,
  - las formas y técnicas de intervención que utilizan,
  - cómo establecen las relaciones con los usuarios y
  - desde qué tipo de demanda realizan su intervención.
- 2) Analizar el conocimiento y aplicación de metodologías propias y del recurso donde realiza su desempeño profesional para:
  - identificar los elementos teóricos que utiliza,
  - identificar los motivos que le hacen realizar esta apuesta,
  - ponerlos en relación con los que identifica como modelos que define la intervención del recurso
  - y recoger su percepción sobre si éstos son coherentes con la práctica cotidiana.
- 3) Disponer de información sobre su opinión acerca de su posicionamiento profesional actual:
  - respecto a su posición dentro del equipo profesional con el que trabaja,
  - su satisfacción laboral sentida obteniendo los puntos fuertes o de mejora de esta satisfacción y

- su opinión sobre la especialización del Trabajo Social Sanitario.

4) Analizar el grado de satisfacción laboral en profesionales identificando algunos de los factores de satisfacción/insatisfacción.

### **7.3. HIPÓTESIS.**

Durante las lecturas previas, y sobre todo, desde la experiencia profesional directa, me surgieron las siguientes preguntas para la investigación:

- ✓ ¿Cuáles son los métodos que conoce el trabajador social del ámbito de la salud?
- ✓ ¿Cuáles son los métodos de intervención predominantes que refieren utilizar los trabajadores sociales en la intervención en salud?
- ✓ ¿Cuál es el grado de satisfacción que manifiestan los trabajadores sociales del ámbito de la salud?
- ✓ ¿Existe concordancia entre los métodos que el trabajador social refiere utilizar y los que identifica como los utilizados en el servicio o recurso en el que desarrolla su labor profesional?
- ✓ ¿Existe relación en la percepción de la satisfacción laboral y la discrepancia o la semejanza entre los modelos utilizados por el profesional y por el recurso o servicio?
- ✓ ¿Existen diferencias en los métodos aplicados dependiendo del centro universitario donde realizó la formación?
- ✓ ¿Existen diferencias en los métodos aplicados dependiendo de la década en la que finalizó sus estudios universitarios?
- ✓ ¿Predominan el interés en la especialización en Trabajo Social Sanitario en la mayoría del colectivo?
- ✓ ¿El interés por la especialización será mayor en los profesionales de más antigüedad profesional?

Para responder a estas propuestas en la investigación planteé las siguientes hipótesis:

- 1) La existencia de diferencias entre el modelo en el que profesional basa su intervención y el que utiliza el dispositivo en el que realiza dicha intervención influye en la baja satisfacción laboral.
- 2) Los trabajadores sociales referirán basar su intervención en más de un modelo de intervención.
- 3) Los trabajadores sociales no perciben que el modelo biopsicosocial sea el que se utiliza en los recursos donde realizan su desempeño profesional, siendo el modelo bioclínico el identificado.
- 4) Los trabajadores sociales y los recursos, según la percepción de los trabajadores sociales, utilizan modelos diferentes.
- 5) Los trabajadores sociales manifestarán niveles bajos de satisfacción laboral.
- 6) Los trabajadores sociales manifestarán un nivel alto de apuesta por especialización del Trabajo Social Sanitario.
- 7) Los trabajadores de sociales con mayor antigüedad laboral manifestarán menor satisfacción laboral y mayor apuesta por la especialización.
- 8) Los niveles de baja satisfacción están relacionados con el reconocimiento, ligado a las perspectivas de remuneración económica y de posibilidad de promoción.

He intentado dar respuesta a estas hipótesis desde los objetivos propuestos en la investigación cuantitativa y cualitativa que más adelante desarrollaré.

## **7.4. MÉTODO.**

### **7.4.1. ÁMBITOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **7.4.1.1. ÁMBITO DE ESTUDIO.**

Esta investigación fue realizada en la ciudad de Madrid. Geográficamente, esta ciudad, que a su vez es capital del Reino de España, se encuentra ubicada en la zona centro de la Península Ibérica, perteneciendo, administrativamente, a la Comunidad Autónoma de Madrid. Es la ciudad más poblada de España, con un total de 3.165.883 habitantes según las cifras de población a 1 de enero de 2016 del Padrón Municipal de Habitantes (PMH).

Estos son los datos de la ciudad de Madrid, pero trasfiriendo las competencias de Sanidad a la Comunidad de Madrid y al estar organizada la misma en Áreas Sanitarias que no coinciden con el espacio geográfico de las poblaciones, la atención de los dispositivos sanitarios es más amplia que la de la propia población de Madrid.

Por lo tanto, aunque el ámbito concreto de estudio fueron los dispositivos del Sistema Sanitario ubicados en Madrid, al pertenecer éstos a la Comunidad de Madrid que se estructura de forma desconcentrada a través de las denominadas Áreas Sanitarias, el número de habitantes sería mayor que el de la propia población del municipio de Madrid, teniendo validez estos datos exclusivamente para las personas atendidas desde los Centros Municipales de Salud y desde los Centros de Atención a Drogodependientes.

No solamente se han contemplado los dispositivos sanitarios de la red asistencial de titularidad pública. Ya que en la Comunidad de Madrid existe un número importante de recursos de titularidad privada éstos se han tenido en cuenta, por lo menos, la cuantificación de los centros hospitalarios privados, por su capacidad de atender a un rango elevado de población y estar en colaboración y coordinación con el sistema sanitario público. Esto se realiza a

través de la armonización de los sistemas de información y la colaboración con actividades de salud pública. Además de esto, comparten otras iniciativas como las relacionadas con los sistemas de calidad y programas de formación, investigación y acreditación, según lo establecido en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Además también se incluían, dentro de la Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid, los CAID, dispositivos dependientes de la Agencia Antidroga de la CM.

#### **7.4.1.2. ÁMBITO POBLACIONAL.**

El ámbito poblacional de las encuestas está constituido por profesionales del Trabajo Social que, durante el período de mayo de 2015 a septiembre de 2016, estaban trabajando en 5 tipos de recursos sanitarios ubicados geográficamente en la ciudad del Madrid. Estos 5 tipos de centros los he dividido en 4 categorías:

1. Atención Primaria (Centros de Salud).
2. Atención Especializada (Centros hospitalarios y Salud Mental).
3. Atención a Drogodependencias (CAD y CAID).
4. Centros Municipales de Salud (CMS).

Este marco ha sido obtenido siguiendo los ámbitos de actuación en salud que marca el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid mediante su organismo, Madrid Salud.

Los recursos que he cuantificado según estos cuatro bloques suman un total de 216, distribuidos de la siguiente manera:



Tabla 37

*Recursos sanitarios de Madrid.*

	HOSPITALES	AP	CAD	CAID	CSM	CMS	TOTALES
RECURSOS CUANTIFICADOS	26	132	10	4	28	16	216

Nota: Elaboración propia a partir de datos de página web del SERMAS y Madrid Salud, 2015.

He encontrado dificultades para averiguar el número exacto de trabajadores sociales que trabajan en estos dispositivos. La dificultad para tener una muestra claramente identificada viene dada por las diferentes dependencias orgánicas que tiene los recursos en los que voy a realizar la investigación, ya que, además de pertenecer al ámbito privado o público, también pertenecen a diferentes administraciones (autonómica y local) y a diferentes sistemas (Sanitario, Salud Mental, Adicciones). Tampoco existe un ratio homogéneo profesional/centro en ninguno de estos sectores.

Para resolver este problema he utilizado como datos guía los obtenidos a través de Comisión de Trabajo Social Sanitario del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales (en adelante COTS) de Madrid. Estos datos los he cruzado con la información que obtenía, de manera directa, de los profesionales de los diferentes servicios, quienes me transmitieron esta dificultad para conocer, ellos mismos, el número exacto de profesionales, sobre todo en el ámbito de los recursos especializados, marco en el que hay un mayor volumen de recursos y de profesionales.

Tabla 38

*Número de Trabajadores Sociales.*

CATEGORÍA	Nº TRABAJADORES SOCIALES
Atención primaria	97
Atención especializada	190
CAD	10
CAID	7
CMS	16
TOTAL	320

Nota: Elaboración propia utilizando datos propios y del COTS de Madrid, 2015.

Antes de concluir, resaltar que la realidad que se ha investigado es subjetiva y múltiple. Al estar investigando algo tan complejo cómo son las opiniones y percepciones del trabajador social en el ámbito sanitario, no se puede hablar de una realidad objetiva y medible, sino de una realidad que cada profesional puede interpretar de una manera parcial y que, a su vez, es cambiante en el tiempo.

#### **7.4.1.3. ÁMBITO GEOGRÁFICO.**

El ámbito territorial es el municipio de Madrid, es decir, se ha centrado la investigación en los profesionales del Trabajo Social que realizan su desempeño profesional en recursos sanitarios ubicados dentro del término municipal de Madrid.

#### **7.4.1.4. ÁMBITO TEMPORAL.**

Para determinar el ámbito temporal he querido tener en cuenta los cambios obtenidos por la legislación de la comunidad de Madrid que ha generado traspaso de competencias tras las elecciones de 2015.

Por este motivo he intentado realizar la investigación una vez que la estabilidad del mundo político, tras las elecciones municipales, y la estabilidad laboral, después de las transferencias, proporcionaran un universo estacionario y no mediatizado por estos cambios. Por este motivo el período de entrega y recogida del primer cuestionario, abarca desde mediados de marzo de 2015 hasta mediados de octubre del mismo año. El estudio sobre la satisfacción laboral se realizó con posterioridad, en 2016

#### **7.4.2. SUJETOS DE ESTUDIO.**

Se obtuvo un tamaño muestral de 33 sujetos de un universo finito de 320 trabajadores sociales dentro del ámbito de la salud (Tabla 38).

Uno de los principales problemas que me surgieron era el de cómo conseguir una muestra adecuada y con una conveniente representatividad. La principal dificultad que intuía era la de cómo llegar, con los medios que tenía, a los sujetos de estudio y conseguir su colaboración.

Por este motivo decidí por optar por el muestreo por conveniencia (Mateu y Casal, 2003) debido a que desconocía previamente la población y la distribución de posibles estratos dentro de la misma. La muestra de la selección era accesible mediante los centros de trabajo, si bien desconocía la disponibilidad de los profesionales en implicarse en el estudio. Existía facilidad para su localización, especialmente de los profesionales más “representativos” o “adecuados” para los fines de la investigación, como podrían ser los coordinadores del servicio de Trabajo Social de los centros hospitalarios, que me servirían de acceso para hacer llegar el cuestionario a otros profesionales que, debido a su localización dentro del dispositivo, serían difíciles de contactar. Es decir, seleccioné a estos profesionales como sujetos del estudio porque eran fácilmente localizables en los recursos laborales y no por ningún tipo de criterio estadístico asumiendo que presenta sesgos y debido a que no contaba con los recursos adecuados para desarrollar otra alternativa, (Mateu y Casal, 2003).

Las ventajas e inconvenientes de este tipo de muestreo son las siguientes.

La **principal** ventaja del muestreo por conveniencia es su simplicidad, lo económico que resulta, y que requería esta investigación. Además, los profesionales a los que he tenido acceso aportan una información valiosa y de la que no existen razones fundamentales para poder afirmar que sea diferente de la que puedan aportar el total de la población.

La **principal carencia** es la falta de representatividad. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo, siendo este el mayor inconveniente del método ya que no podemos cuantificar la representatividad de la muestra. También es una dificultad la imposibilidad de hacer afirmaciones estadísticas sobre los resultados y el peligro de cometer sesgos debido al criterio de muestreo empleado.

Traté de paliar este hecho intentando acceder a la mayor cantidad posible de trabajadores sociales, realizándose la recogida de información a lo largo de siete meses, de marzo a octubre del mismo año. En dicho período se recogieron 36 cuestionarios, tres de los cuales quedaron invalidados por motivos de defecto en su cumplimentación. Realicé el contacto de modo telefónico, intentando la comunicación hasta en un máximo de tres ocasiones. Si no contestaban al requerimiento o no devolvían el cuestionario tras estas tres convocatorias, daba por finalizado los intentos de contacto. En el caso de los hospitales, este contacto, por la propia idiosincrasia del servicio, lo realicé a través de la coordinadora del departamento. Por este motivo recogí información sin limitación de todos los recursos a los que envié el cuestionario. Como la población total de trabajadores sociales en recursos sanitarios es de 320, la muestra se aproxima al 11,3% del total.

El marco de dónde seleccioné la muestra está formado por la relación de profesionales del Trabajo Social que, durante el período de marzo a octubre de 2015, estaban trabajando en los cinco tipos de recursos sanitarios ubicados geográficamente en la ciudad del Madrid: centros hospitalarios, centros de atención primaria, centros de salud mental, Centros de Atención a Drogodependencias (CAD y CAID) y Centros Municipales de Salud (CMS).

Este marco ha sido obtenido siguiendo los ámbitos de actuación en salud que marca el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid mediante Madrid Salud.

El segundo cuestionario, “Satisfacción Laboral”, lo facilité exclusivamente a los profesionales que habían participado en la primera investigación ya que creí conveniente que los resultados se pudieran relacionar con los obtenidos en el primer cuestionario. Los profesionales que han contestado el citado cuestionario han sido 16, sobre el total de 33 al que fueron enviados.

#### **7.4.3. ESTRATEGIA DE ESTUDIO.**

En la investigación he combinado metodología cuantitativa y cualitativa, si bien he ponderado más la parte cuantitativa que la cualitativa. Las técnicas de investigación que he utilizado son la encuesta y la entrevista. En la encuesta he utilizado como instrumento el cuestionario.

El uso de técnicas de triangulación tiene una gran aceptación en la literatura de métodos de investigación social. En la mayoría de estos textos se refleja que, cuanto mayor sea la variedad de las metodologías, datos e investigadores empleados en el análisis de un hecho específico, mayor será la fiabilidad de los resultados finales. Denzin (1970) es sin lugar a dudas uno de los autores más citados por la propuestas que realizó sobre la triangulación. Según este autor, la triangulación tiene cuatro fuentes accesibles al investigador: datos, investigadores, teórica y metodológica o múltiple.

La triangulación de datos supone el empleo de distintas estrategias de recogida de datos con el objetivo de verificar las tendencias detectadas en un determinado grupo de observaciones, contemplando que ningún método de investigación es superior a otro (Denzin, 1970).

Las técnicas cuantitativas y cualitativas son, en consecuencia, complementarias y la habilidad de combinarlas permite aprovechar los puntos fuertes de cada una de ellas y cruzar datos (Rodríguez Ruiz, 2005).

Tampoco quiero dejar de mencionar que las revisiones de la bibliografía relacionada con la salud y el trabajo social, incluidas en la primera parte de esta tesis, constituyen una técnica de investigación cualitativa que ha estado orientada a establecer los fundamentos conceptuales y de significado del posterior estudio cuantitativo.

#### **7.4.4. INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN: CUESTIONARIOS Y ENTREVISTA.**

##### **7.4.4.1. CUESTIONARIOS.**

La elección del cuestionario como instrumento de recogida de información se ha debido a las ventajas que ofrecía. Entre ellas citaré las siguientes:

✓ **Facilita la confidencialidad.** Si bien la garantía de la confidencialidad recae sobre el procedimiento empleado por el investigador en la recogida y el tratamiento de los datos, el anonimato y el no cumplimentarse en un espacio supervisado desde el centro, considero que ayuda al encuestado a responder con mayor tranquilidad y franqueza a las cuestiones planteadas, evitando así el temor a que su respuesta le comprometa en su ámbito laboral.

✓ **Permite estandarizar la información**, permitiendo la descripción y comparación de una población, y/o subpoblaciones, ya que responden a las mismas cuestiones por lo que resulta más sencillo la comparación e interpretación de sus respuestas.

✓ **Es una herramienta de contraste de hipótesis** de acuerdo con las relaciones existentes entre dos o más variables (Soret, 2008).

✓ **Su rentabilidad respecto a tiempos y costes económicos materiales.** Facilita el envío y contestación por parte de un elevado número de personas, se evita el tener que invertir, al ser modo on-line, tiempos en contestaciones individuales y le permite, a su vez, al encuestado responder en el momento que él desea. No es necesaria una elevada inversión económica y el análisis estadístico agiliza el análisis de las respuestas.

Es importante advertir, en esta parte de la tesis, que, desde los primeros borradores de cuestionarios al instrumento definitivo, ha habido una gran distancia y calidad.

Para la mejora del cuestionario conté con las sugerencias del director y las opiniones de cuatro profesionales del ámbito residencial sociosanitario. Éstos no iban a participar en la investigación porque los recursos profesionales en los que desarrollaban su desempeño estaban fuera del ámbito de estudio de esta investigación, pero se brindaron a cumplimentarla a modo de pre test.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS CUESTIONARIOS.**

El Cuestionario: “Aproximación al conocimiento de la realidad de los trabajadores sociales de la salud” consta de 29 preguntas (Anexo II) y, en todos los casos, fue administrado vía e-mail por el entrevistador, previo contacto telefónico. De esta manera le permitía, al entrevistado, plantear las dudas que le podían surgir respecto al proceso de envío y recogida, además de conseguir una mayor motivación para su cumplimentación. Así mismo aseguraba la

ausencia de sesgos de selección, ya que en todos los servicios de Trabajo Social tienen línea telefónica fija y conexión a internet.

Las preguntas se organizan entorno a los siguientes bloques temáticos:

1. Datos sociodemográficos:
  - 1.1. Edad.
  - 1.2. Sexo.
  - 1.3. Estado Civil.
2. Formación:
  - 2.1. Universidad donde obtiene primera titulación.
  - 2.2. Titulación inicial obtenida.
  - 2.3. Actualización curricular.
  - 2.4. Intervalo en el que finaliza sus estudios.
3. Laboral:
  - 3.1. Tiempo que lleva trabajando en el sector de TS en Salud.
  - 3.2. Sector institucional en el que desempeña su profesión.
  - 3.3. Función que realiza en su trabajo.
4. Respecto a su intervención:
  - 4.1. Formas de intervención social usada.
  - 4.2. Tipo de servicio que prestan Trabajadores/as Sociales.
  - 4.3. Forma de atención individual que aplica.
  - 4.4. Técnicas de intervención individual más utilizadas.
  - 4.5. Relaciones que establece con los usuarios en el proceso de intervención.
5. La metodología en su desempeño profesional.
  - 5.1. Elementos teóricos más utilizados en la intervención.
  - 5.2. Modelos de intervención conocidos.
  - 5.3. Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo/servicio.
  - 5.4. Modelo/s de intervención en los que basa su intervención.
  - 5.5. Motivos por los que los Trabajadores Sociales no aplican modelos, si así fuese.
  - 5.6. Opinión respecto a la manera en que los modelos de intervención que emplea satisfacen las demandas de la población que atiende.
6. Percepciones del profesional respecto a su entorno laboral.



- 6.1. Desde qué enfoque se enmarca la intervención en el Centro.
- 6.2. Desde tu práctica profesional diaria, ¿cuál crees que es el enfoque con el que trabaja en el Centro?
- 6.3. Percepción de la posición del Trabajo Social dentro de la intervención en equipo.
- 6.4. Satisfacción que tiene como profesional del Trabajo Social en lo relativo al desempeño de sus funciones.
- 6.5. Factores o aspectos de satisfacción o de mejora.
- 6.6. Opinión sobre la necesidad del Trabajo Social Sanitario como rama especializada del Trabajo Social.

El segundo cuestionario (Satisfacción Laboral) consta de 3 partes (Anexo VI) y, en todos los casos, fue administrado vía e-mail por el entrevistador, previo contacto telefónico.

Este cuestionario es el propuesto desde el INSHT, dentro de la colección “Notas Técnicas de Prevención” y se denomina “NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación” (Cantera-López, 1988). Se focaliza en identificar el grado de satisfacción por la tarea realizada, la debida al salario, a la pertenencia al grupo y la correspondiente al estatus e implicación en la empresa

La primera parte del cuestionario desarrolla 8 preguntas directas cerradas, que piden al profesional que se identifique respecto a las dimensiones expuestas, expresando claramente sus actividades, de forma que, posteriormente, pueda hacerse un análisis estadístico y correlacional con grupos homogéneos de examinados.

Tiene la ventaja de facilitar la descripción de un índice cuantitativo general y específico de satisfacción laboral breve, de fácil puntuación y con posibilidad de aplicación grupal. En la segunda parte, el cuestionario se amplía con un análisis cualitativo de la satisfacción, que aporta alguna luz sobre el perfil motivacional de los sujetos. (Cantera-López, 1988).

Completé este cuestionario con una batería de preguntas que reportan datos sociodemográficos y formativos laborales coincidente con en formato con los utilizados en primer cuestionario.

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INCLUSIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES.**

Para la inclusión de los ítems en los cuestionarios, he partido de las siguientes premisas:

- 1) No existían antecedentes de encuestas de salud en la ciudad de Madrid que relacionen la situación de los trabajadores sociales en los dispositivos seleccionados, lo que, por un lado, es una oportunidad pero también una limitación ya que no se ofrece la posibilidad de comparar los resultados actuales con otros anteriores.
- 2) Al ser las primeras encuestas de este tipo, era necesario hacer una valoración de un espectro amplio de aspectos relacionados con la realidad de los profesionales del Trabajo Social.
- 3) Los cuestionarios no podían ser demasiado largos para evitar que se produjera fatiga entre los entrevistados y errores en la recogida de la información. Procuré que fueran sencillos y breves para poder aplicarse a un amplio espectro de la población trabajadora, siempre que tenga un nivel elemental de comprensión lectora y vocabulario. Se deja para futuras investigaciones otras exploraciones en profundidad que, pudiendo ser de interés, se saldrían del rango de esta investigación, por lo que se infiere que el resultado del tratamiento de los temas abordados no ha sido exhaustivo.
- 4) Los objetivos de las encuestas implicaban obtener información que pudiera clasificar con detalle los perfiles básicos de los profesionales.
- 5) Puede hacerse de modo individual o colectivo, e incluso en forma autoadministrada. (Cantera-López, 1988).

#### **7.4.4.2. ENTREVISTA.**

##### **CARACTERÍSTICAS.**

Dentro de la metodología cualitativa, la entrevista ha sido la técnica que he elegido para la recolección de datos.

La metodología cualitativa se plantea para descubrir o plantear preguntas que ayuden a reconstruir la realidad tal como la observan los sujetos de un sistema social definido (Sampieri, Fernández y Baptista, 2013).

No pretendo probar hipótesis ni medir efectos, el objetivo fundamental ha sido el de describir lo que siente y vive el profesional del Trabajo Social Sanitario en su contexto profesional, por ello se ha enviado a los lugares donde las personas realizan sus actividades cotidianas no ejerciendo ningún control ni manipulación sobre la misma.

El planteamiento de la utilización de la entrevista ha sido enriquecer la investigación más allá de las variables exactas que nos brinda la investigación cuantitativa, intentando visualizar conceptos más amplios como la motivación, los miedos, los logros, etc. Es decir, aspectos que tienen que ver con las experiencias y significados personales, buscando el sentido de las prácticas y valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en que ocurre el fenómeno estudiado, así como una perspectiva cercana de los participantes. (Sampieri, Fernández y Baptista, 2013).

Una de las dificultades que he tenido en la realización de las entrevistas es la propia viabilidad que tiene esta técnica, en cuanto a la necesidad de tiempos y recursos. Este es el motivo por el que esta investigación ha tenido más un carácter complementario a la cuantitativa y he optado por la presentación escrita, on-line, en lugar de realizarla de manera presencial.

Estas dificultades han sido las que me han impedido complementar la investigación cualitativa con otras técnicas, tales como la observación participante y los grupos de discusión para darle auténtica validez.

En cualquier caso, las investigaciones “on line” , ya sean utilizando cuestionarios o entrevistas, van siendo cada día más habituales ganándole terreno a las realizadas telefónicamente. Las ventajas que he contemplado a la hora de optar por esta opción son las siguientes:

1. **Permite mayor rapidez** en el envío y en la recepción.
2. **Reducción** de costes, traslados, búsqueda de espacios específicos, tiempo.
3. **Anonimato** en las respuestas individuales o si no quiere dar a conocer su participación en su grupo de trabajo.
4. **Comodidad para el encuestado** al poder responder en el mejor momento y permite la flexibilización de tiempos del entrevistado para su cumplimentación.
5. **Gran alcance** (permite llegar a objetivos de difícil acceso).

La entrevista semiestructurada, para Ruiz Olabuénaga e Ispizua (1989), es una técnica dirigida a obtener información sobre un asunto concreto y, por ello, va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte en esa situación o haber vivido esa experiencia. Aún teniendo unas preguntas predeterminadas, estructuradas y con un orden preestablecido, deja la posibilidad de que el entrevistado manifieste sus opiniones con absoluta flexibilidad y sin restricción ninguna, teniendo una total libertad para contribuir con lo que siente acerca del tema. Además, el investigador es flexible y puede llevar el flujo de la entrevista. El esquema de entrevista semiestructurada que se ha utilizado es el que aparece reflejado en el Anexo III.

El ámbito geográfico y temporal coinciden con el general de la investigación cuantitativa, si bien, debido a la selección de perfiles adecuados para la entrevista, el ámbito temporal de ésta ha sido posterior al general, y por tanto más corto, ya que tuvo que iniciarse una vez fueron recibidos los últimos cuestionarios completados.

En la presente investigación he utilizado la entrevista semiestructurada dirigida a trabajadores sociales de cada ámbito seleccionado en la investigación con la intención de identificar si los discursos dependían del ámbito profesional donde se encontrase.

Los criterios que he tenido en cuenta para realizar la entrevista han sido los siguientes:

- ✓ Edad: mayores de 30 años.
- ✓ Procedencia: universidades diferentes.
- ✓ Experiencia profesional: más de 10 años.
- ✓ Lugar de trabajo: dispositivos diferentes.

El motivo de establecer estos indicadores ha sido el que fueran perfiles con experiencia de trabajo y con perspectivas diferentes, tanto por haber estudiado en diferentes universidades como por tener su lugar de desempeño profesional en dispositivos diferentes.

Realicé esta selección tras analizar los datos que se extraían de los cuestionarios teniendo como única premisa el cumplimiento de estas condiciones.

Tras contactar con los profesionales establecí las premisas para su cumplimentación, explicándoles a los mismos las características de la entrevista que se contempla como:

- ✓ **Voluntaria:** pudiendo eludir la responsabilidad de su cumplimentación.
- ✓ **Confidencial:** no apareciendo su nombre, dirección o canal de contacto personal.
- ✓ **Independiente y objetiva:** no estando relacionada con su ámbito estructural o funcional de trabajo.
- ✓ **No presencial:** dada la naturaleza del objeto de evaluación y para evitar resistencias por parte de los entrevistados debido a la excesiva inversión de tiempo requerido para su cumplimentación, no estaba previsto la realización de entrevista presencial. Las aclaraciones necesarias se realizaron mediante comunicación telemática con el responsable de la investigación.

## **ESTRUCTURA.**

La información obtenida con la entrevista la he estructurado en cuatro bloques de contenidos:

- Bloque 1: Datos de registro de la entrevista.
- Bloque 2: Datos personales del entrevistado.
- Bloque 3: El Trabajo Social:
  - Realidad formativa y motivaciones.
  - Malla curricular: carencias y debilidades.
  - Opinión sobre cualidades necesarias para desarrollar las funciones de trabajador/a social.
- Bloque 4: El desempeño profesional: Su realidad profesional, funciones, universo en el realiza la intervención, logros y obstáculos en su carrera profesional, las relaciones interdisciplinarias, implicación y el Trabajo Social Sanitario como especialidad.

#### **7.4.5. RECOGIDA Y MECÁNICA DE RECOGIDA.**

Establecí dos métodos de recogida de datos: a través de cuestionarios on-line y entrevistas on-line. A cada persona le solicité la cumplimentación del cuestionario on-line, y, en caso de no recibir el cuestionario en un tiempo establecido, procedí a contactar vía telefónica y reenviarlo de nuevo si la persona así lo deseaba.

Dividí el envío en cuatro bloques, para facilitar su manejo, tanto en lo que respecta a la depuración de los cuestionarios como en el flujo de llamadas para comunicar el envío o solicitar la cumplimentación.

#### **7.4.6. FASES DE LA DISTRIBUCIÓN Y RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN POR VÍA DE CUESTIONARIOS.**

Primera fase: comenzó a mediados de marzo de 2015, con el primer cuestionario, estableciendo contactos telefónicos personales con el objetivo de presentar la investigación y solicitar permiso para el envío de cuestionarios.

Segunda fase: realicé el envío habilitando el canal de recogida a través de e-mail, adjuntando una carta de presentación y contacto y la información para poder rellenar el cuestionario a todas las personas asignadas a dicho bloque.

Tercera fase: pasados 30 días desde el comienzo del envío ejecutado en la segunda fase, a las personas del mismo que no habían devuelto los cuestionarios cumplimentados les envié un segundo e-mail recordatorio.

Cuarta fase: En los casos en los que seguían sin completarlos pasados otros 30 días, intenté establecer una comunicación telefónica para comprobar si había algún problema en el envío o si necesitaban cualquier aclaración. Manteniendo abierto el canal de recepción on-line.

Quinta fase: A finales de mayo de 2016, repetí la dinámica enviando los cuestionarios sobre “Satisfacción Laboral” a los participantes en la primera encuesta.

## **7.5. TRATAMIENTO DE DATOS.**

Para el tratamiento estadístico de los datos obtenidos mediante los cuestionarios, he utilizado el programa R, versión 3.2.2. R es un entorno de programación, análisis y generación de gráficos desarrollado en los años 90 del siglo XX, en el departamento de estadística de la Universidad de Auckland. Se distribuye mediante licencia GNU, lo que permite que R cuente con una cantidad y variedad de modelos y análisis infinitamente superior al ofertado por cualquier otro software privativo. Si bien el modo de trabajo natural con R no está basado en interfaces gráficas, el módulo R Commander de R está basado en menús y ventanas desplegadas, facilitando la labor de usuario del programa a la hora de la gestión de datos, su análisis y la generación de gráficos (Elosua y Etxebarria, 2012).

En cuanto a instrumentos estadísticos utilizados, partí del hecho de que la obtención de tamaños muestrales suficientemente grandes (mayores de  $n=30$ ) evita la obligación de suponer la normalidad en la distribución modelo, alcanzándose, no obstante, resultados similares cuando se verifica tal suposición (García, 2011). En nuestro caso, además, el tamaño muestral es relativamente grande si se tiene en cuenta el tamaño del universo objeto de estudio: el tamaño muestral es el 11,25% de la población.

Dada la naturaleza de las hipótesis 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, referidas a la media de los valores de diversas variables en estudio ( $n^o$  de modelos conocidos, grado de satisfacción,...), he utilizado contrastes de hipótesis relativos a la media de las variables de estudio, considerando que la población no es necesariamente normal y teniendo en cuenta lo dicho en el párrafo anterior en cuanto al tamaño muestral. En este caso, la normalidad asintótica del



estimador media muestral hace que los puntos críticos para el rechazo o aceptación de la hipótesis sean las abscisas de normales. Y esto tanto si  $\sigma$  es conocida como si no lo es.

Se considera que  $\sigma$  es desconocida y tomamos como nivel de significación  $\alpha=0.05$ .

Para la hipótesis 1 se ha construido una variable intermedia ("concordancia") a partir de los ítem 23 y 24 del cuestionario. Esta variable puede tomar dos valores "Sí" si hay coherencia entre el enfoque utilizado por el Trabajo Social y el enfoque que se utiliza en su centro de trabajo. A continuación se aplica un contraste de independencia de caracteres, prueba  $\chi^2$  con  $\alpha=0.05$  entre la variable concordancia y el nivel de satisfacción expresado por los trabajadores sociales en el ítem 26.

El mismo tratamiento se ha hecho para la hipótesis 9, en la que se estudia la existencia de independencia entre la variable edad (ítem 1) y el grado de satisfacción (ítem 26), la apuesta por la especialización (ítem 29) y la concordancia entre el enfoque utilizado por el trabajador social y el enfoque utilizado en su centro de trabajo.

Los resultados de la investigación se presentarán en el Capítulo 8 de este, estudio centrado en la explotación de datos de los cuestionarios. Asimismo, se mostrarán los análisis correspondientes a las hipótesis planteadas. La discusión de la información extraída de las entrevistas realizadas se expondrá, también, en el Capítulo 9.

## **CAPÍTULO 8. ANÁLISIS DE DATOS DE LOS CUESTIONARIOS: “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD” Y “SATISFACCIÓN LABORAL”.**

En la primera parte de este capítulo realizaré una exposición de los datos obtenidos, poniéndolos en relación a los objetivos que proponía en esta tesis cuyo propósito general es el de conocer el perfil de los profesionales del Trabajo Social dentro del ámbito de la salud y sus opiniones respecto a su conocimiento teórico y su desempeño laboral.

Para ello mostraré los datos obtenidos en gráficos, con el objeto de facilitar la comprensión, realizando, a continuación, una breve exposición de los mismos. Las interpretaciones y relaciones las pospondré para el apartado de conclusiones, donde mostraré los resultados de la explotación de los datos, extraídos en función de los objetivos y la comprobación de las hipótesis.

El primer bloque, dónde expondré los datos que tienen que ver con el objetivo descriptivo, está orientado a disponer de información sobre el perfil de los profesionales. En el segundo bloque expongo los datos relacionados con el objetivo analítico referido al desempeño profesional y a aspectos relacionados con el conocimiento y la formación.

El perfil obtenido en los cuestionarios es el de una profesional mujer de una edad media de 45,4 años y casada. La titulación que obtuvieron inicialmente (en origen) es la de Diplomada en Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid y anteriormente a la década del 2000 (70%).

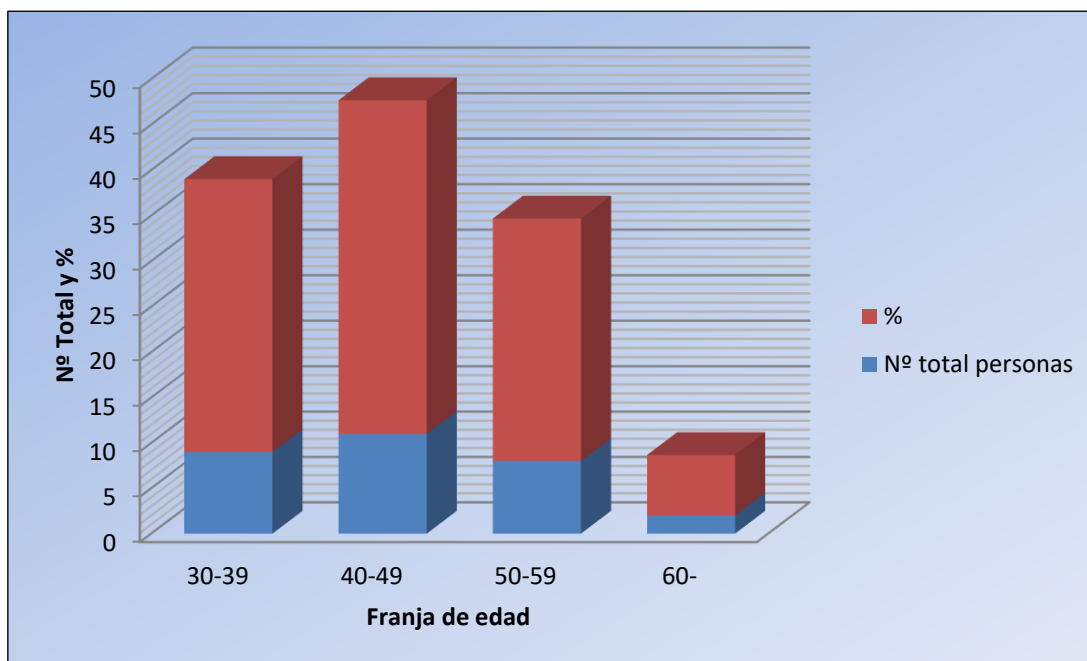
## 8.1. DATOS REFERIDOS A LOS OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD”.

### 8.1.1. OBJETIVOS DESCRIPTIVOS.

A continuación expongo los datos desde los que se ha extraído este perfil descriptivo.

Gráfico 3

*Edad.*

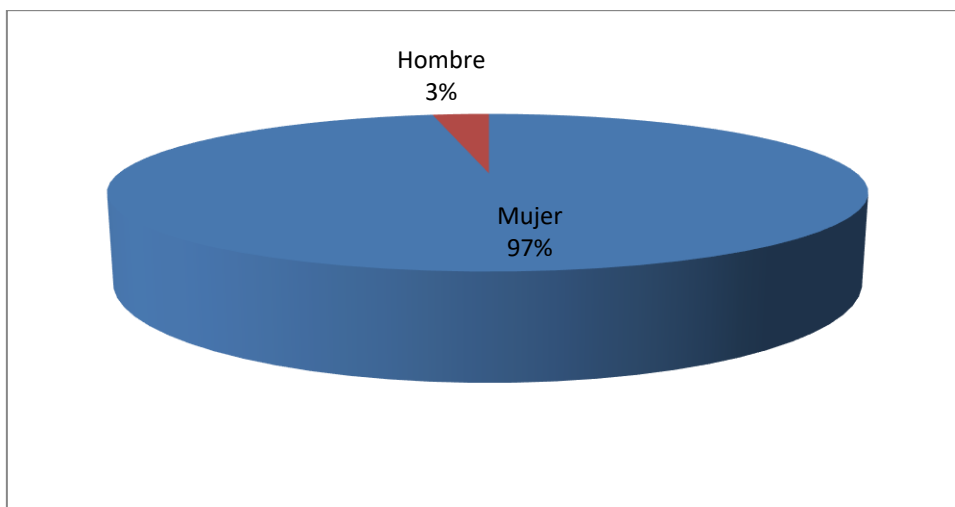


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

El intervalo de edad comprendido entre los 40 y los 49 años es el que tiene mayor presencia con un 36,6%, seguido del intervalo que va desde los 30 a los 39 con un 30%. En el intervalo de 50 a 59 años se engloba el 26,6 % de los profesionales encuestados.

Gráfico 4

Sexo.



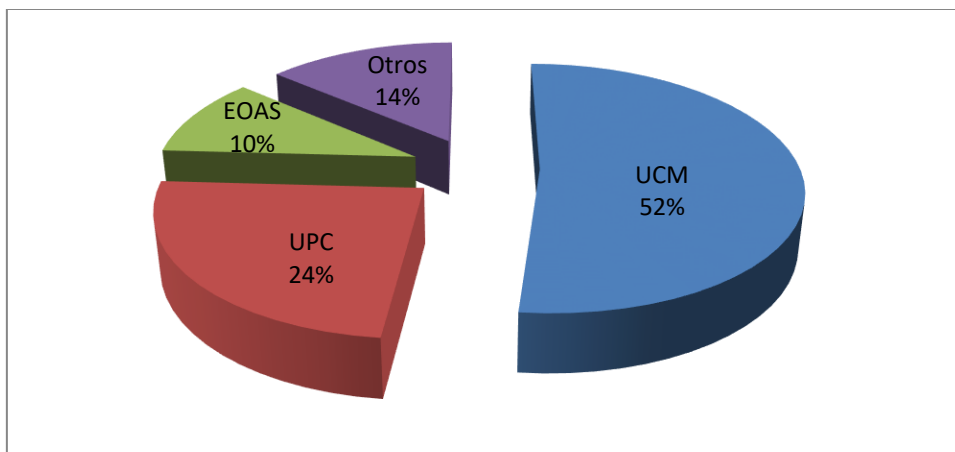
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

El perfil de las personas que han colaborado en el estudio es de, casi en su totalidad, mujeres, 97%, frente a un 3% de hombres. Respecto al estado civil, el mayor porcentaje se encuentran en la categoría de casadas/os con un 75,7%. Un 12,1% están solteras/os y un 6% están en la categoría de separadas/os o divorciadas/os.

El bloque de datos que expongo a continuación ofrece información sobre el perfil formativo, la universidad o centro de procedencia, antigüedad de la titulación y las posibles actualizaciones curriculares que ha realizado.

Gráfico 5

*Centro donde obtuvo su primera titulación en Trabajo Social / Asistencia Social.*



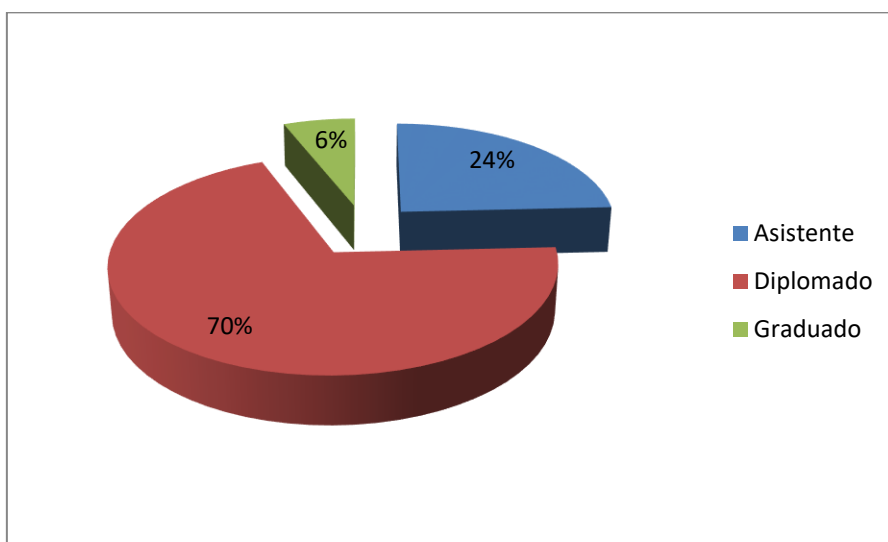
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Dentro del perfil profesional entrevistado, el 51,7% marca la UCM como el centro dónde obtuvo su titulación en Trabajo Social. El siguiente grupo en importancia realizó sus estudios en la Universidad Pontificia de Comillas de Madrid (24%). En tercer lugar aparecen las Escuelas Oficiales de Asistentes Sociales como el centro de formación de origen de un 10,3 % de las personas entrevistadas.

El 14% restante son otras universidades de origen; la Universidad de León, la Universidad de Salamanca y la Universidad de Valladolid, todas pertenecientes a la CCAA de Castilla y León, colindante con la Comunidad de Madrid.

Gráfico 6

*Titulación inicial en Trabajo Social.*



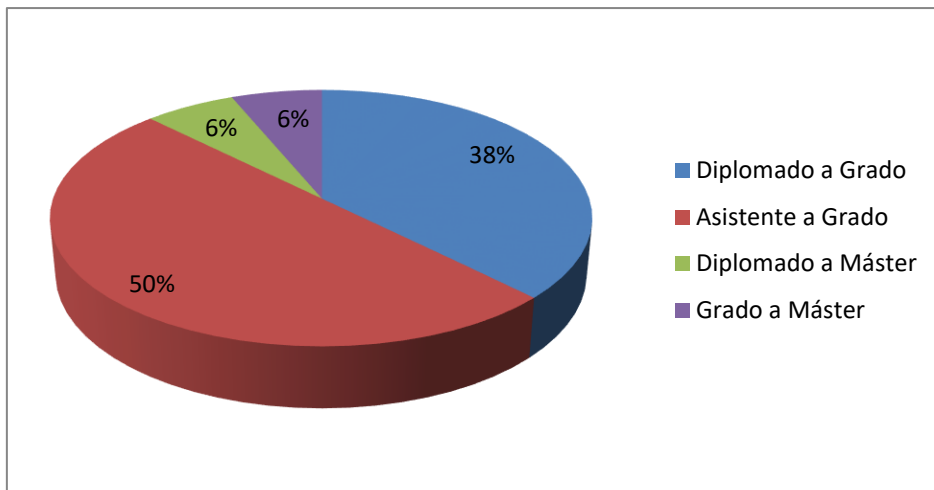
Nota Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

La formación en Trabajo Social y su titulación ha tenido tres momentos dentro de su reciente historia en España. La primera época coincide con la titulación como Asistentes Sociales, posteriormente, y ya en el ámbito universitario, la Diplomatura y en la actualidad con los estudios de Grado.

La titulación predominante entre los encuestados es la de Diplomados (69,7%), seguido por la de Asistentes Sociales con un (24,2%) completando los datos los profesionales con el título de Grado (6%).

Gráfico 7

*Actualización en la titulación de Trabajo Social.*



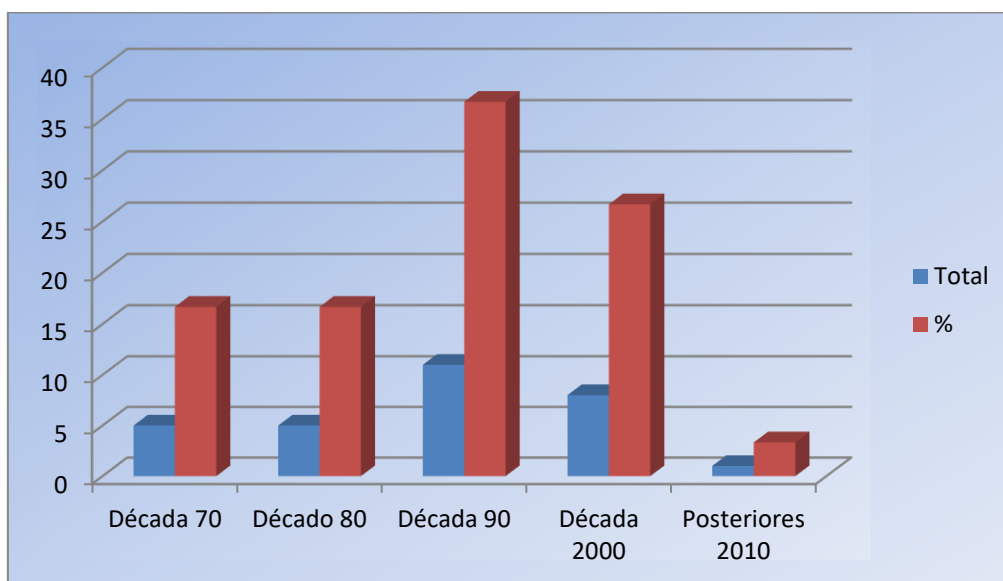
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

La actualización de la titulación inicial muestra unos porcentajes parejos. Realizaron una actualización de su titulación un 51,5 % mientras que un 48,5 % no la habían actualizado en el momento de contestar a la investigación.

Entre quienes realizaron la actualización de su titulación se dieron los siguientes datos: el 50% realizaron una actualización desde la titulación de Asistente Social a Grado. En este dato debería haber profundizado respecto a averiguar cuántas personas hicieron esta actualización directamente o realizaron, antes, la actualización a la Diplomatura. La actualización de Diplomado a Grado la realizaron un 38%. Aunque en porcentaje muy inferior, he creído importante recoger la actualización de Diplomado/Grado a Máster (6% en ambos casos) porque es un acceso de actualización relativamente nuevo.

Gráfico 8

*Intervalo en que finalizó sus estudios en Trabajo Social / Asistencia Social.*



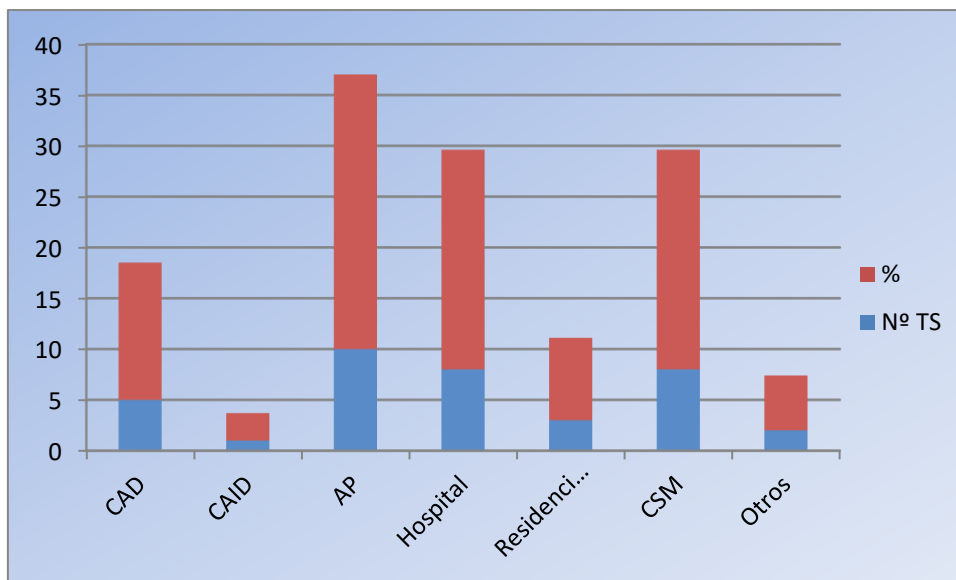
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Coherentemente con los datos relacionados con la titulación de origen, la mayoría realizó sus estudios iniciales en Trabajo Social en la década de los 90 (36%). Tanto en la década de los 70 como en la de los 80, lo realizaron un 16,6%. Esta es la etapa de transición entre los estudios de Asistentes Sociales y los de la Diplomatura Universitaria. Entre el 2000 y el 2010 obtuvieron su titulación el 26,6%. En este intervalo nos encontramos con aparecen las primeras titulaciones en Grado. Posterior al 2010 solamente un 3,3%.

En el siguiente bloque expongo la información obtenida sobre su situación laboral, el sector en el que desempeñan su labor profesional, tiempo que llevan trabajando en el mismo y las funciones que desempeñan en su puesto laboral.

Gráfico 9

*Sector institucional en el que desempeña su profesión.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

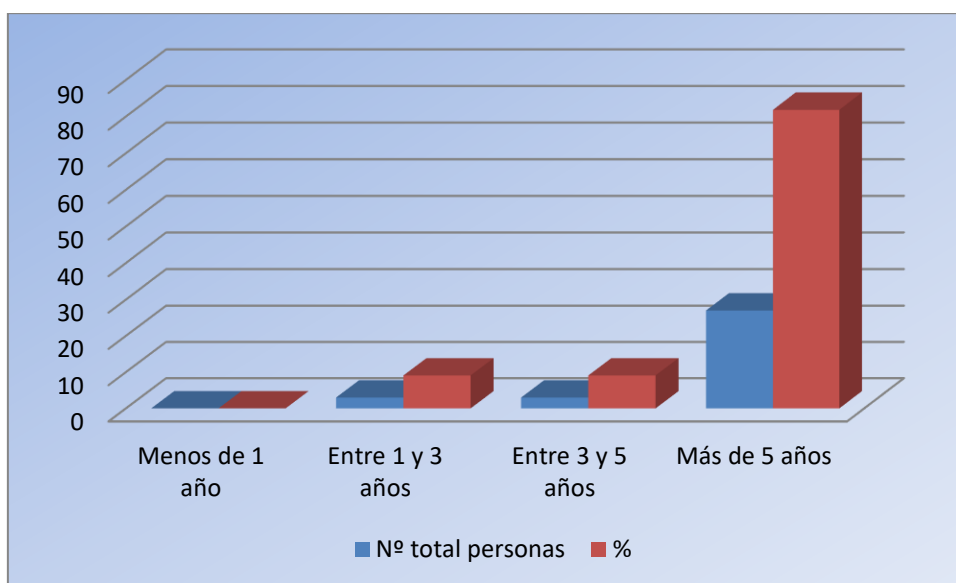
La ubicación laboral principal de los cuestionarios contestados es en Centros Hospitalarios y Centros de Salud Mental, con un porcentaje del 21,6% en cada caso.

Como reto de futuro, sería interesante poder comparar este dato con los porcentajes del total de Madrid. El problema, como he mencionado anteriormente, es que no existe ningún dato que recoja esta información de manera global.



Gráfico 10

*Tiempo que lleva trabajando en el sector de TS en Salud.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

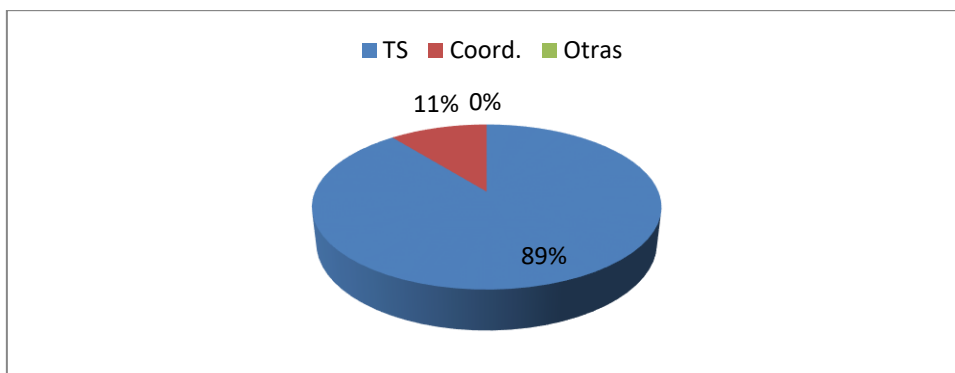
La mayoría de los profesionales (82%) que han contestado tienen una experiencia de más de 5 años de ejercicio en esta área. Esto me lleva a valorar sus aportaciones de manera muy positiva ya que son personas con un recorrido en la profesión, y en este sector, suficiente para tener una opinión y criterio con más amplia perspectiva y conocimiento.

### 8.1.2. OBJETIVOS ANALÍTICOS.

Dando respuesta a los objetivos analíticos, comenzaré por presentar los datos que se refieren a las formas en que ejercen su tarea como profesionales del Trabajo Social: las funciones que desempeñan, tipos de servicios que prestan, formas y técnicas de intervención utilizadas, como establecen las relaciones con los usuarios, desde qué tipo de demanda realizan su intervención.

Gráfico 11

*Función que realiza en su trabajo.*

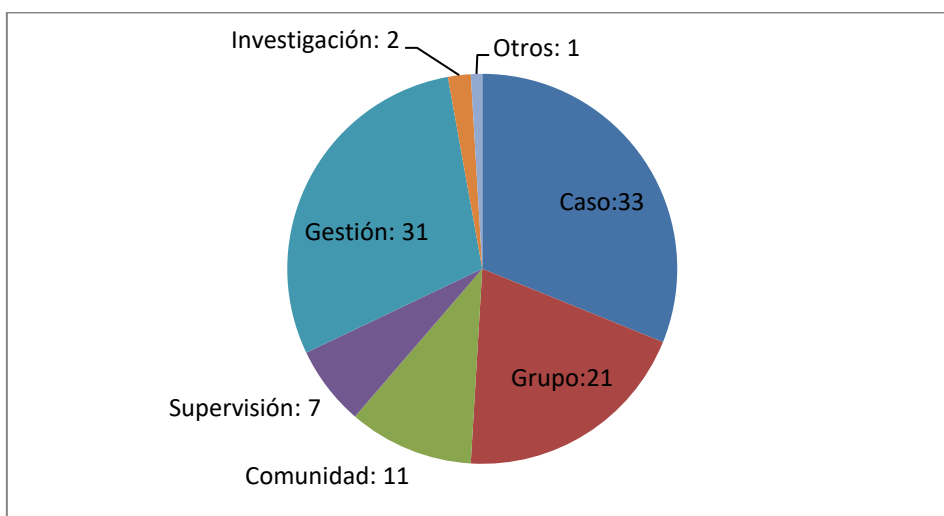


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Preguntados sobre cuáles son las funciones que desempeñan, la mayoría (89%) indica que dichas funciones son como técnicos, mientras que un 11% ejercen funciones de coordinación. No se ha obtenido ninguna respuesta diferente a estas opciones.

Gráfico 12

*Formas de intervención social usadas.*



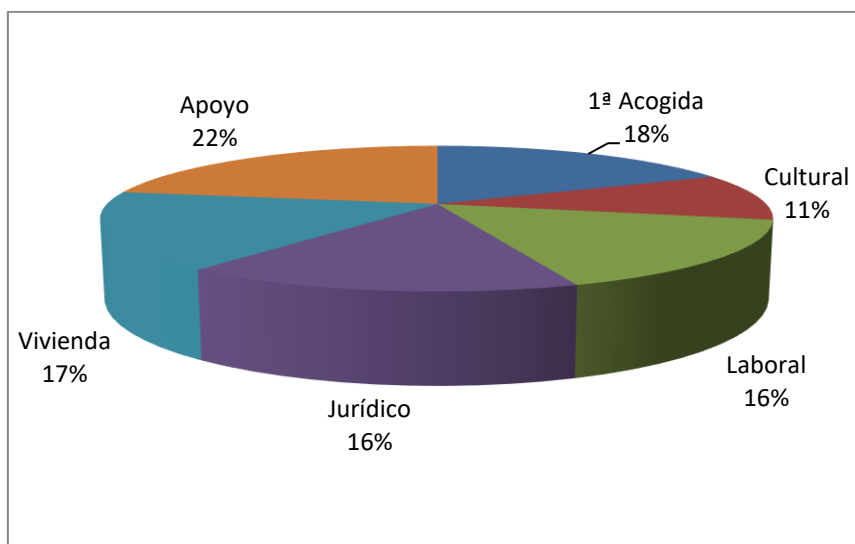
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Ante la pregunta de cuáles son las formas de intervención usadas aportan 106 respuestas diferentes. En éstas predomina como opción principal la intervención con casos y la gestión (31%) estando la opción de “Gestión y coordinación de recursos” después (29%). La intervención con grupos también mantiene una presencia importante (20%). La intervención con la comunidad (7%) y la supervisión (10%) están en niveles de presencia menores. Por último

comentar que la investigación (2%) y, dentro de otras, la docente (1%) son las que menor respuesta han obtenido.

Gráfico 13

*Servicios de orientación individual.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Respecto a los tipos de servicio que prestan trabajadores/as sociales, tanto de orientación individual, grupal o de provisión de prestaciones, recopilé los siguientes datos:

El servicio que realizan con mayor frecuencia es el de Apoyo (Familiar, etc.) (22,2%), seguido de la 1ª Acogida (18%) y el de orientación al tema de Vivienda con un 17,3%. La orientación individual hacia temas laborales y jurídicos se refleja con una frecuencia del 15,98%. El servicio de orientación que menos presencia muestra es el de orientación a recursos culturales (10,4%).

En la Tabla 39 muestro las diferentes respuestas aportadas respecto a los tipos de servicios de orientación grupal que realizan.

Tabla 39

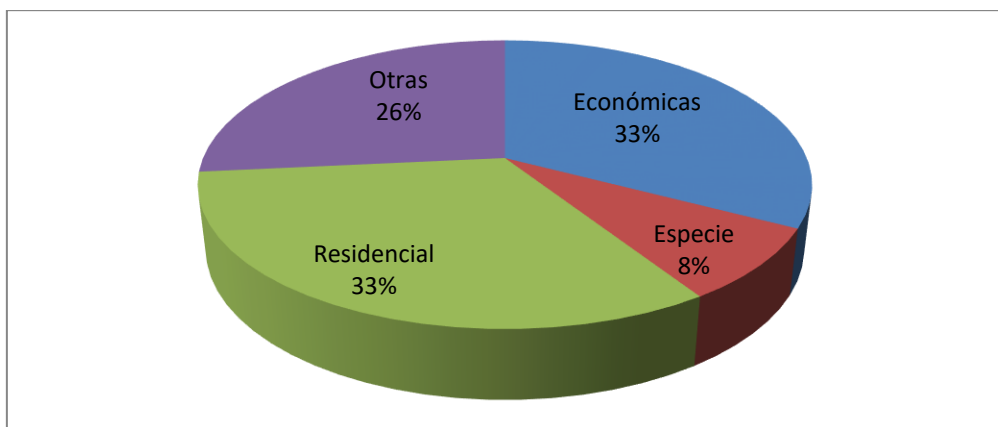
*Servicio de orientación grupal.*

SERVICIO DE ORIENTACIÓN GRUPAL
Asambleas, grupos de familia, grupos comunitarios.
Charlas de memoria a los mayores y charlas de hábitos saludables a grupos escolares.
Contención e Información.
Educación para la salud.
Grupo de autoayuda de familiares, grupo de sanciones administrativa, orientación laboral y formativa.
Grupo de autoayuda pacientes tercera edad.
Grupo de Educación para la Salud Integral.
Grupo de mujeres con patología menor.
Grupo de psicóticos jóvenes.
Grupos de familia (padres de hijos con problema de adicción, dinámicas familiares, etc.)
Intervención psicosocioterapéutica.
Participación grupo familia.
Taller de memoria, taller de prevención.
Taller laboral.

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Gráfico 14

*Provisión de prestaciones.*

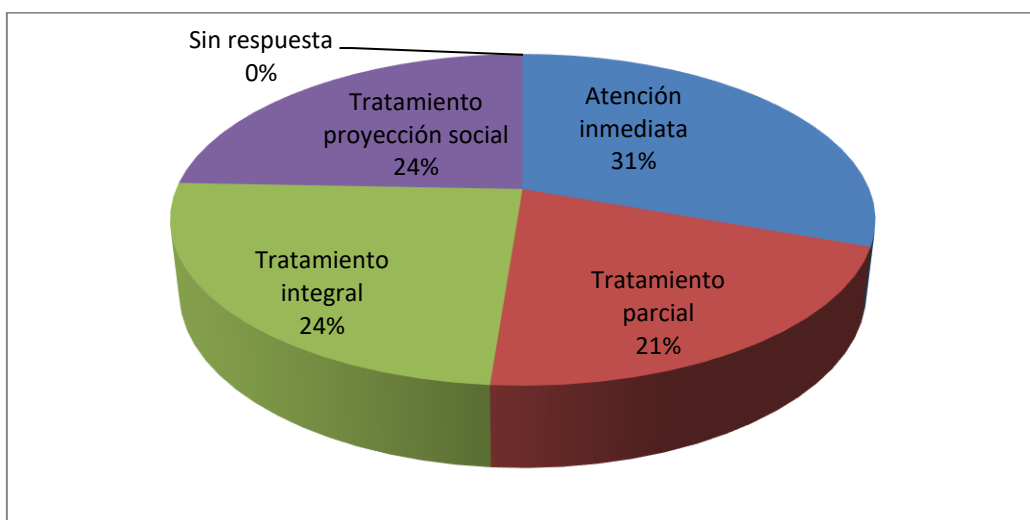


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Los profesionales han aportado 49 respuestas predominando las relacionadas con las prestaciones de tipo económico y residencial o de alojamiento, con un 33% cada una. Dentro de la opción de “Otras” han nominado las siguientes opciones: derivación recursos específicos residenciales o de servicios del ámbito de actuación, información, orientación, gestión, solicitud de prestaciones y sicoterapéuticas.

Gráfico 15

*Formas de atención individual aplicadas.*



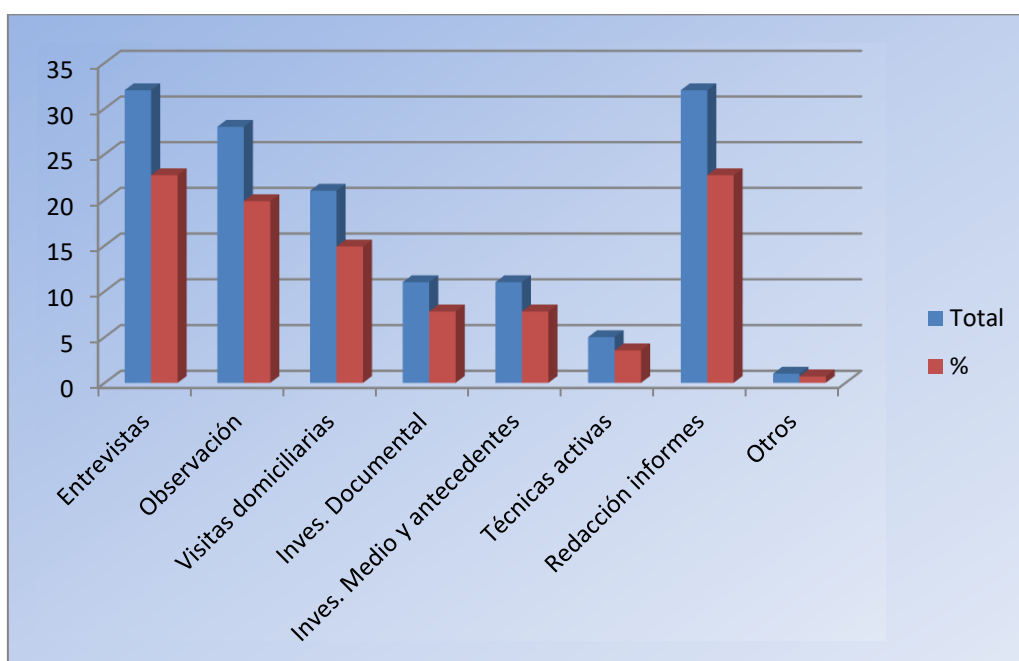
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Los trabajadores sociales aportan 82 contestaciones diferentes lo que significa que aplican varias formas de atención según el caso. Esto hace necesario profundizar si esta variación puede venir influenciada por exigencias de la derivación, sea directa o por otros profesionales, o por otros motivos.

Destaca un cierto equilibrio entre las diferentes formas de atención individual, predominando la Atención Inmediata con un 31% seguida de los Tratamientos Integrales (24%) y de Proyección Social (24%). Por último un 21% optan por señalar la opción del tratamiento parcial.

Gráfico 16

*Técnicas de investigación.*

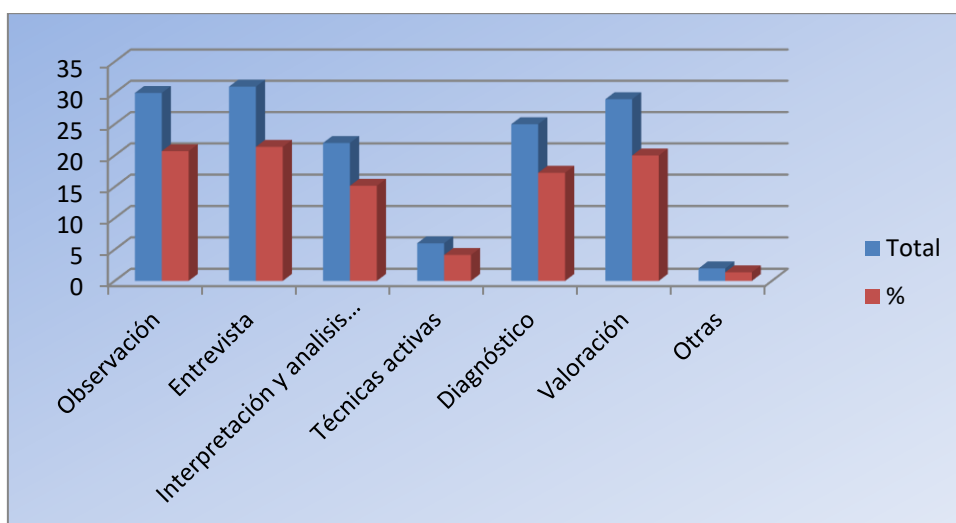


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Respecto a las técnicas de intervención individual más utilizadas, el estudio generó los siguientes datos: los encuestados mencionaron 141 opciones entre las que destacan, con un 22,7%, la realización de entrevistas y la redacción de informes, la observación con un 20% y las visitas domiciliarias con un 15%. Con un 8% aparecen la investigación documental y la investigación del medio social y los antecedentes.

Gráfico 17

*Técnicas de diagnóstico.*

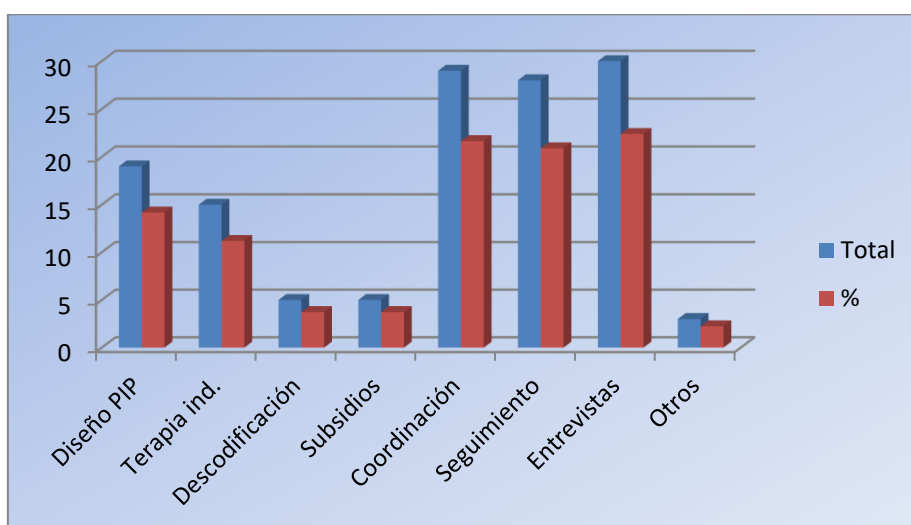


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

En la pregunta referida a las técnicas de diagnóstico utilizadas hubo 145 repuestas diferentes. La entrevista (21,4%), la observación (20,7%) y la valoración (20%) se convierten en las opciones identificadas con mayor frecuencia. El diagnóstico (17%) y la interpretación (15%) le siguen en contestaciones. Las identificadas como “Otras” se refieren a acciones orientadas a la coordinación sociosanitaria.

Gráfico 18

*Técnicas de tratamiento.*



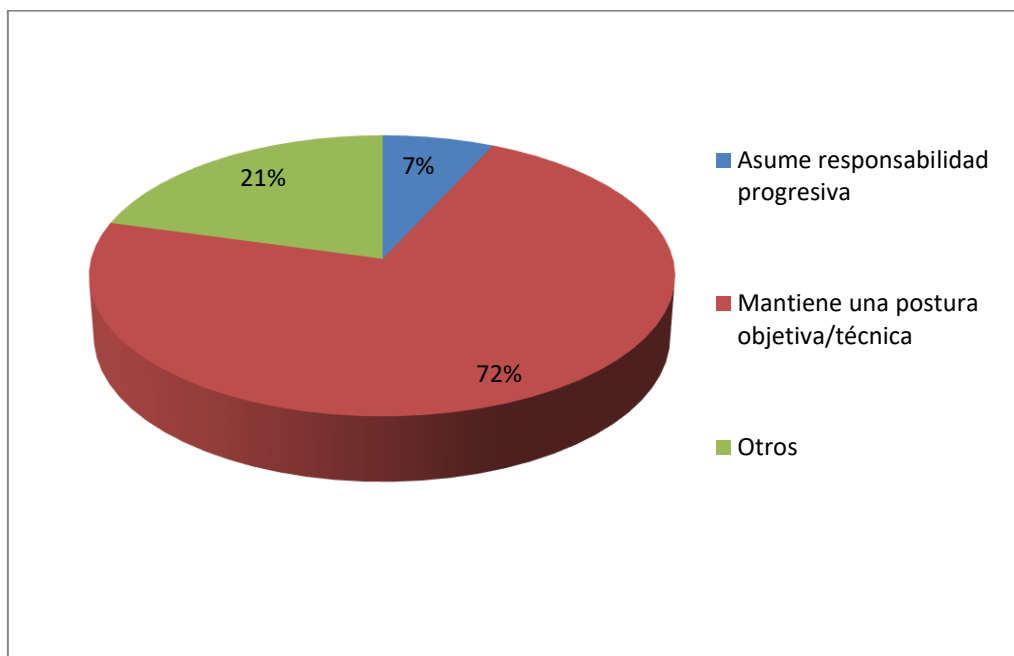
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

De las 134 respuestas facilitadas como “Técnicas de tratamiento”, las entrevistas (22,39%), la coordinación (21,64%) y el seguimiento (20,89%), son las más utilizadas. El diseño de los proyectos de intervención individual (17,18%) o la terapia individual (11,19%) son utilizadas solo en la mitad aproximada de la proporción. Frente a la percepción, que a veces tenemos, de ser gestores de ayudas económicas, la gestión de subsidios tiene un porcentaje del 3,73%. Sería interesante conocer si esto se debe a situar esta gestión en los servicios sociales públicos y privados, si se debe a ser una gestión realizada en estadios previos al diagnóstico, en la información y gestión primera o si existe otra razón.

En el apartado “Otros” se recogen ítem relacionados con las figuras jurídicas de la Tutela y Guarda o con acciones como la autorización de comida para acompañantes.

Gráfico 19

*Relaciones que establece con los usuarios en el proceso de intervención individual.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).



En la mayoría de las repuestas sobre las relaciones que los encuestados establecen con los usuarios en el proceso de intervención individual optan por la opción de mantener una postura objetiva/técnica en su intervención (72%). Por otro lado no existe ningún profesional que se señale asumiendo la misma responsabilidad que el beneficiario o asumiendo una responsabilidad total.

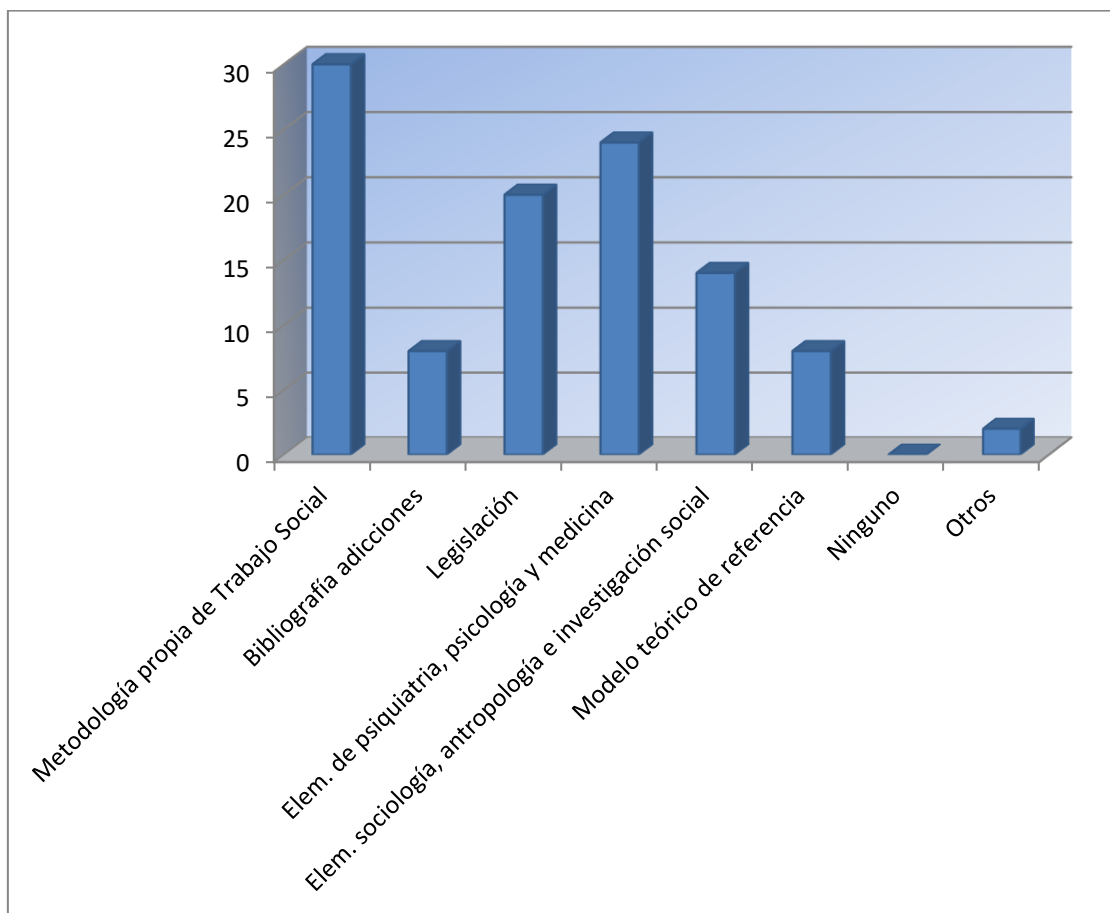
Respecto al 21% que eligieron la opción de “Otros” señalar que, en el 50% de estas contestaciones, han detallado su intervención en una implicación gradual que va, desde la responsabilidad máxima en un principio, hasta que la persona puede conseguir los mayores niveles en logro de autonomía, terminando con una retirada progresiva de esta responsabilidad. Señalan que sus orientaciones están centradas en un cambio de actitud de la persona, más responsable y proactiva en su propio proceso y, en la medida que sucede esto, se empodera la persona. Esto podría haber engrosado la opción de “Asumir responsabilidad progresiva”.

El otro 50% de la opción “Otros” describen su relación desde la participación en Equipos Técnicos del Menor y la Familia (ETMF) o la coordinación con el Centros de Atención a la Familia (CAF). Aspecto, éste, que también se señala en otros apartados anteriores. La relación con los usuarios la realizan desde programas específicos y desde la orientación, información o coordinación con otros recursos.

A continuación paso a exponer los datos que identifican el conocimiento y la descripción de metodologías utilizadas y percibidas, tanto las propias, como las del recurso donde el trabajador social realiza su desempeño profesional. Con estos datos pretendo identificar los elementos teóricos que utilizan y los motivos que les hacen realizar esta apuesta metodológica. También pretendo ponerlos en relación con los que identifican como modelos que definen la intervención del recurso y su percepción sobre si esa definición es coherente con la práctica cotidiana.

Gráfico 20

*Elementos teóricos más utilizados en la intervención social (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

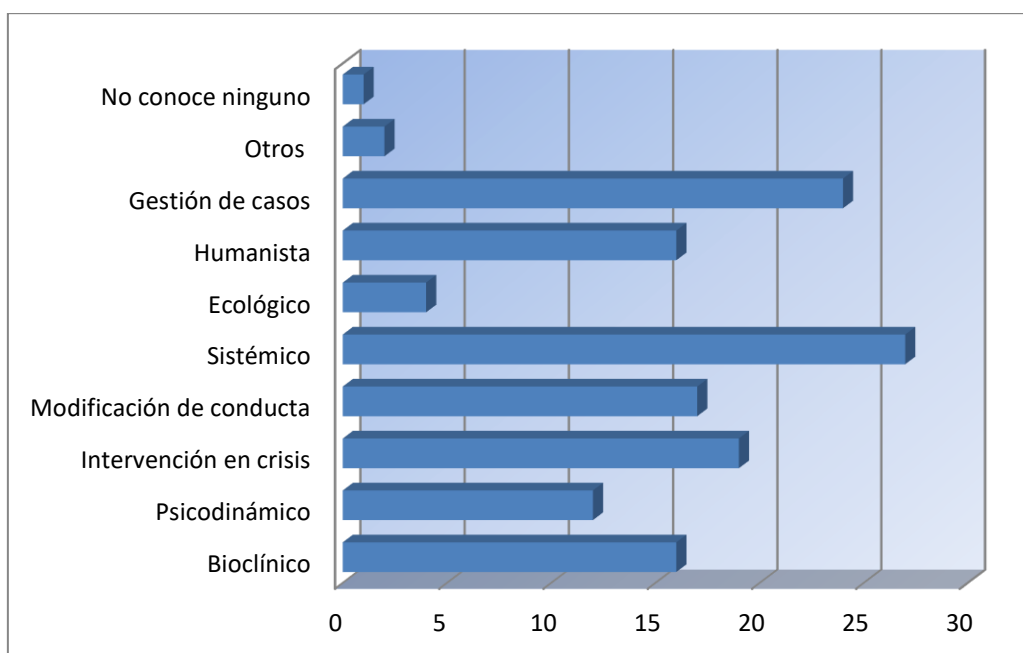
A continuación expongo los datos que reflejan los elementos teóricos que refieren como los más utilizados en su intervención social.

En esta pregunta han predominado las respuestas múltiples, habiéndose registrado 106 opciones. De éstas, las principales son la metodología propia del Trabajo Social (30%), seguido de elementos teóricos procedentes de la psiquiatría, psicología y medicina (24%), legislación (20%) y, a más distancia, los elementos provenientes de la sociología, antropología e investigación social. En otros aparecen la Relación de Ayuda y el Psicodrama.

Es llamativo como los elementos teóricos provenientes del modelo teórico de referencia solamente significan un 8% de las contestaciones.

Gráfico 21

*Modelos de intervención conocidos (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

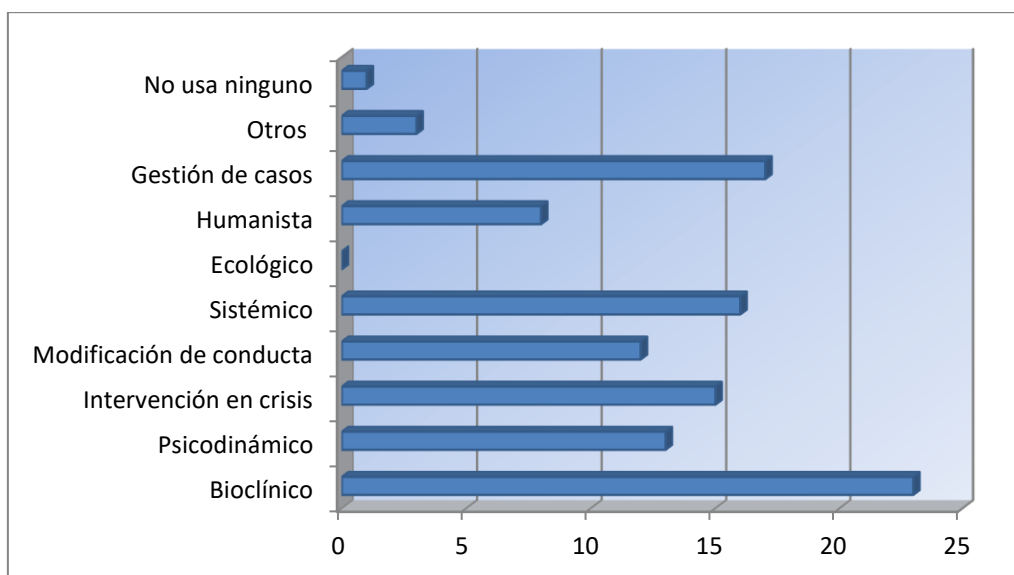
Respecto al conocimiento que refieren expresar sobre los modelos de intervención, todos los cuestionarios muestran conocimiento de más de un modelo, salvo la excepción de uno que expresaba no conocer ninguno. Contestaron un total de 138 ítems.

El modelo Sistémico (19,6%) y el modelo de Gestión de Casos (17,4%) son los más conocidos, seguidos de un grupo de cuatro formado por el Modelo de Intervención en Crisis (13,8%), el Modelo de Modificación de Conducta (12,3%) y el Modelo Humanista y el Modelo Bioclínico con un (11,6%). Dato este último llamativo al ser un modelo de especial relevancia en entornos de atención biomédica.

Los modelos que aparecen en otros son el Modelo de Prochaska y DiClemente, también denominado Transteórico y el del Psicodrama.

Gráfico 22

*Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo/servicio/institución (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

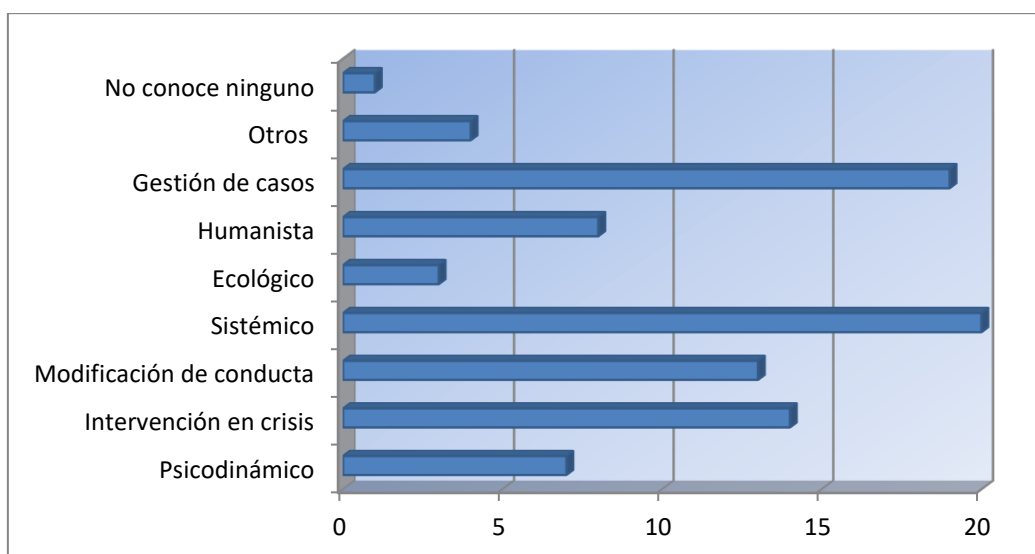
Al preguntar sobre los modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo/servicio, también se da como resultado respuestas múltiples (108) como indicador de la utilización de diferentes modelos de intervención en su emplazamiento laboral.

El principal modelo identificado es el Modelo Bioclínico (21,3%). Le siguen, con menor porcentaje, el Modelo de Gestión de Casos (15,7%), el Modelo Sistémico (14,9%), el Modelo de Intervención en Crisis (13,9%) y el Modelo de Modificación de Conducta (11,1%).

Los modelos que aparecen en “Otros” son el Modelo de Prochaska y DiClemente, también denominado Transteórico y el del Psicodrama.

Gráfico 23

*Modelo/s de intervención en los que basa su intervención (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Al igual que reflejaban los datos extraídos del Gráfico 21 “Modelos de intervención conocidos”, los modelos en los que los profesionales del Trabajo Social basan sus intervenciones son el Modelo Sistémico (22,5%) y el Modelo de Gestión de Casos (21,3%). Con un porcentaje menor se encuentran el Modelo de Intervención en Crisis (15,7%) y en porcentaje similar a este último se encuentra el Modelo de Modificación de Conducta (14,6%).

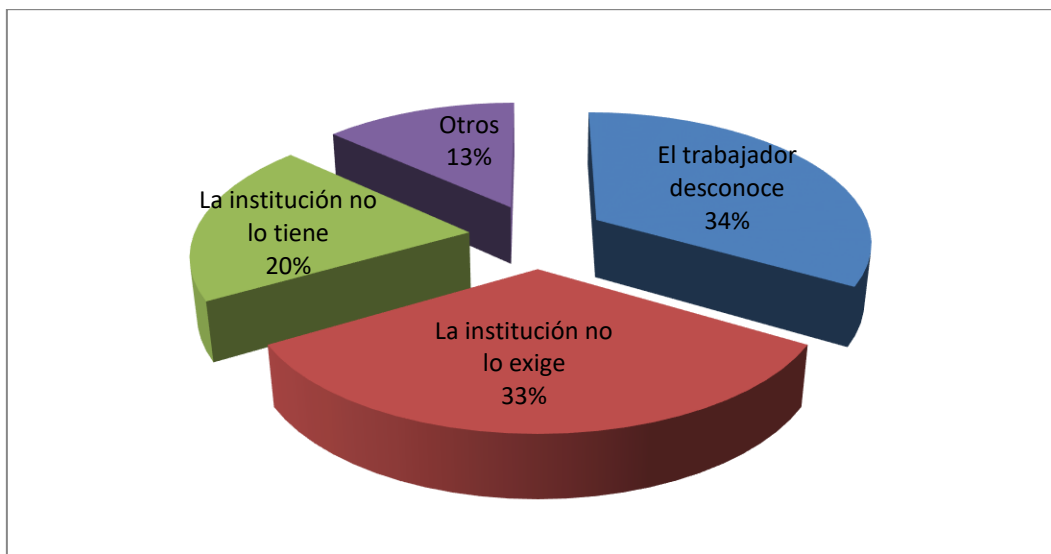
El Modelo Humanista (8,9%) y el Modelo Psicodinámico (7,8%) aparecerían en un tercer nivel. Entre los modelos situados en el apartado “Otros” aparecen el Modelo de Relación de Ayuda, el Psicodrama y el Modelo Constructivista.

La opción de “No conoce ninguno” (1,1%) también aparece recogida.

La pregunta nº 21 tenía como objetivo identificar los motivos por los que los Trabajadores Sociales no aplican modelos definidos de intervención individual en las instituciones en las que trabajan. Para ello, solicité que solo contestasen a esta pregunta aquellos profesionales que no aplicasen ningún modelo. Según el cuadro anterior, solo debería haber sido una persona. Aún así respondieron al mismo 15 profesionales. A pesar de la incongruencia me parece interesante reflejar la opinión de estos ante la cuestión planteada.

Gráfico 24

*Motivos por los que los Trabajadores Sociales no aplican modelos definidos de intervención individual en las instituciones en las que trabajan.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Las opciones basadas en el desconocimiento del trabajador social (34%) o de la institución, que no tiene ninguno (20%), comparten el peso de la opinión junto con la de la no exigencia de la institución (33%).

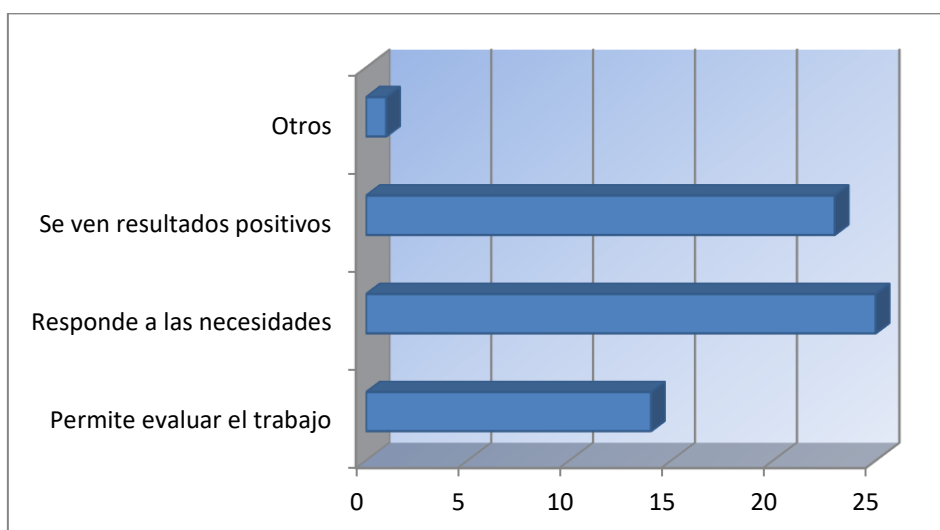
Las respuestas incluidas en la categoría de “Otros” hacen referencia a la existencia de un equipo profesional con diferentes modelos de intervención y a la complementariedad de los mismos en el tratamiento, por un lado y, por otro, al desconocimiento de la motivación de los otros profesionales. Ambas respuestas no responden a la cuestión planteada.

A la hora de ver sus opiniones respecto a la manera en que los modelos de intervención que emplean satisfacen las demandas de la población que atienden no respondieron a una sola opción, marcando ítem de las tres posibles opciones. Las he recogido porque, si bien no delimita claramente quienes estaban satisfechos de manera completa, parcial o por lo contrario señalaban insatisfacción, si recoge las opiniones de la utilidad que le encuentran a los modelos que aplican, aspecto éste, que me ha parecido pertinente recoger por la riqueza de la información que aporta.

Expongo a continuación los datos que ofrecieron:

Gráfico 25

*Satisface las demandas (en datos absolutos).*

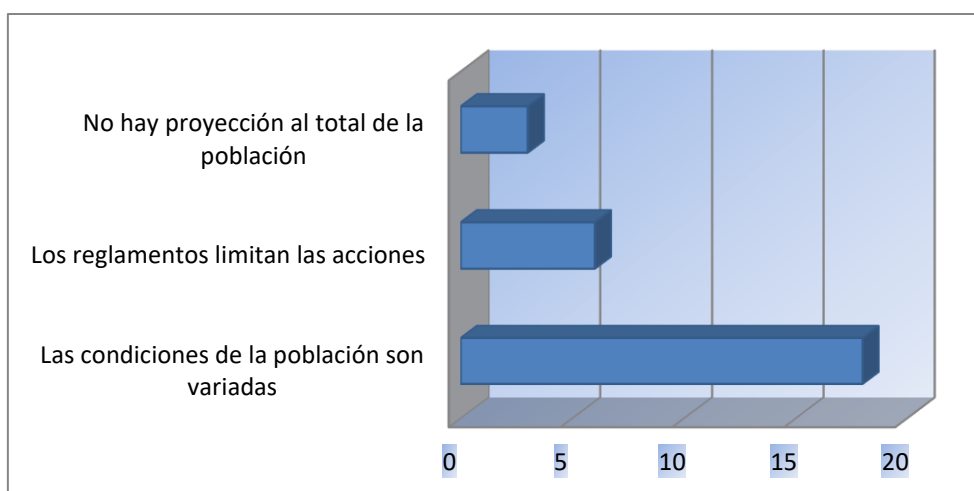


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Los encuestados señalaron 63 opciones. La razón por la que expresan usar los modelos de elección alude al poder permitir responder a las necesidades de las personas atendidas (40%). Sitúan, como segunda razón el que ésta elección les permite ver resultados positivos en su intervención (36%). Como tercera razón los datos ofrecen que su elección les permite tener la posibilidad de evaluar su trabajo (22%).

Gráfico 26

*Satisface parcialmente las demandas (en datos absolutos).*

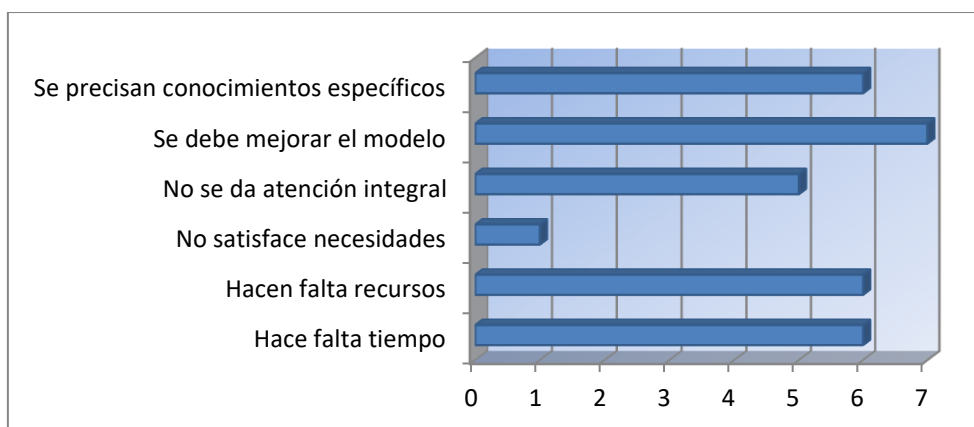


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Los motivos por los que opinan que los modelos elegidos satisfacen parcialmente las demandas se centran en que las condiciones de la población son variadas (66,6%) y que los reglamentos limitan las acciones (22,2%). No han aportado ninguna sugerencia o razón diferente a las señaladas.

Gráfico 27

*No satisface las demandas (en datos absolutos).*

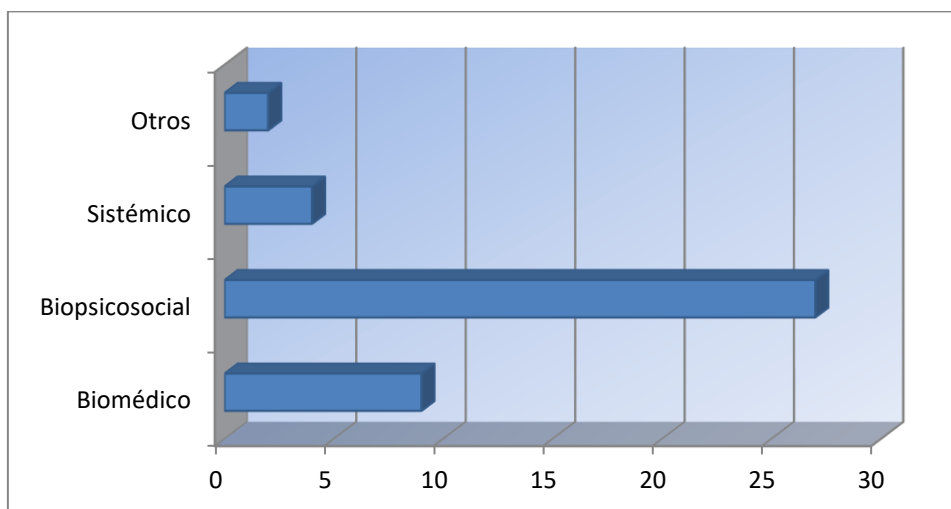


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

En las 31 explicaciones que han aportado sobre las carencias que aporta el modelo de intervención que emplean para no satisfacer las demandas de la población que atiende, ponen, en primer lugar, la necesidad de mejorar el modelo (22,6%) seguida, en un porcentaje parejo (del 19,3%), por la falta de recursos y de tiempo y el reconocimiento de falta de conocimientos específicos.

Gráfico 28

*Desde qué enfoque se enmarca la intervención en el Centro (en datos absolutos).*



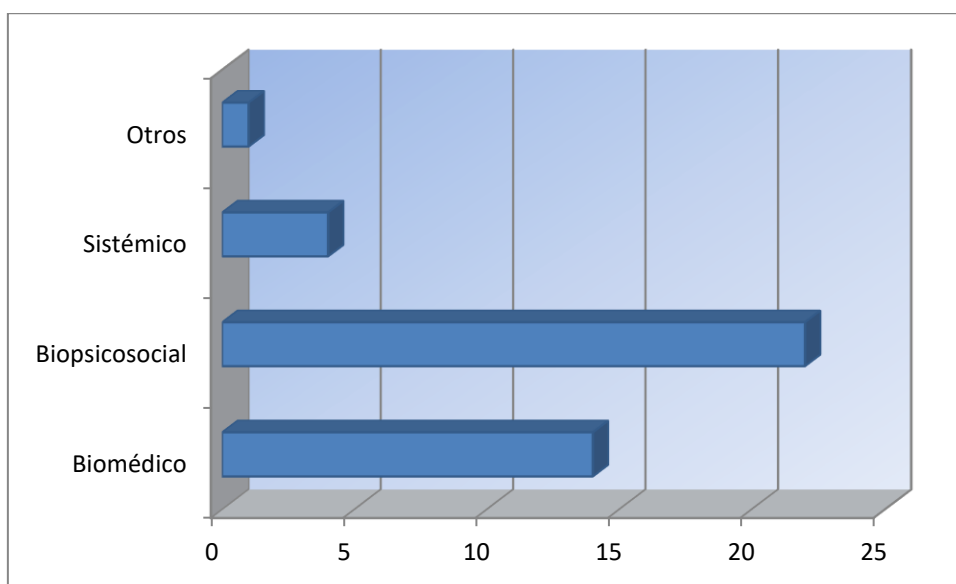
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).



El modelo con el que se identifica el dispositivo en el que trabajan es mayoritariamente el Biopsicosocial (64,3%) seguido por el Modelo Biomédico (21,4%) y por el Modelo Sistémico (9,5%). Se realizan un total de 42 contestaciones lo que significa que algunos profesionales señalan que en su centro conviven dos modelos como motor de las intervenciones.

Gráfico 29

*Desde su práctica profesional diaria, ¿cuál creé que es el enfoque con el que trabaja en el Centro? (en datos absolutos).*



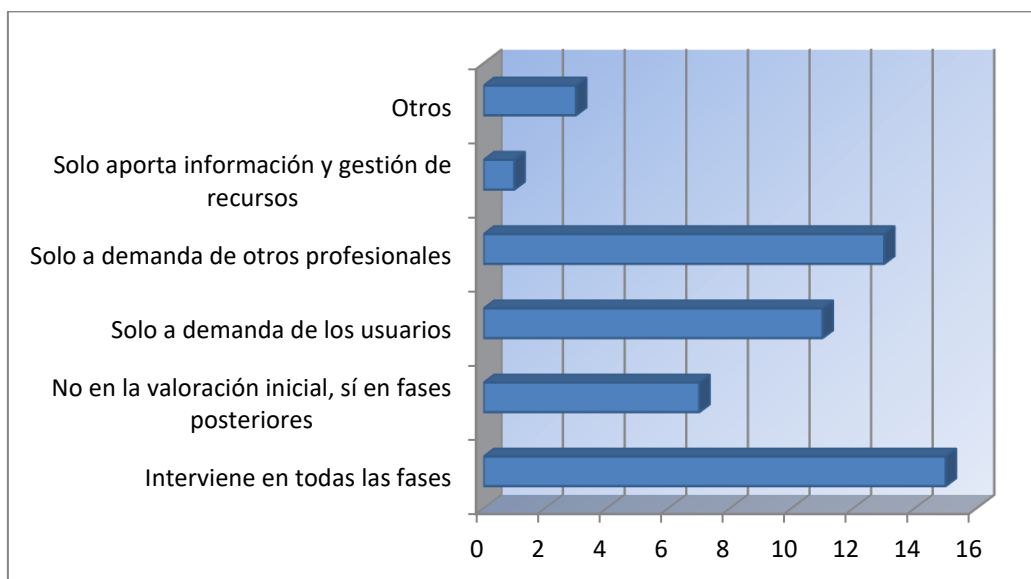
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Desde el enfoque que, según los profesionales, manifestaban emplear los centros veo interesante contrastar este dato con lo que ellos percibían desde su práctica profesional diaria con el objetivo de ver si coincidían. Los resultados que arrojó esta cuestión señalaban como modelo más utilizado el Biopsicosocial (53,6%), seguido del Biomédico (34,1%) y, posteriormente, el Sistémico (9,7%).

Analizando los datos sobre sus posicionamientos respecto al equipo profesional con el que trabajaban, se aborda desde cuándo comienzan sus intervenciones y de qué modo las realizan. Posteriormente se obtiene información sobre los puntos fuertes y los que identifican como de mejora o de causa de insatisfacción. Por último recoge sus opiniones sobre la necesidad de la especialización del Trabajo Social Sanitario.

Gráfico 30

*Importancia sentida por el trabajador social respecto a su papel en la intervención del equipo (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

He recogido 50 aportaciones diferentes en relación a la cuestión de la importancia sentida por el trabajador social respecto a su papel en la intervención del equipo. El porcentaje mayor de contestaciones marca tres tendencias diferentes. La mayor (30%) corresponde a la opinión que expresa intervenir en todas las fases de la intervención. En segundo lugar, con un 22%, los profesionales expresan que solo intervienen a demanda de otros profesionales mientras que un 22% expresa intervenir, exclusivamente, a demanda de los usuarios. Un 14% expresa no intervenir en la valoración inicial pero sí en fases posteriores. Un 2% refiere intervenir solamente para aportar información y realizar apoyo en la gestión de recursos.

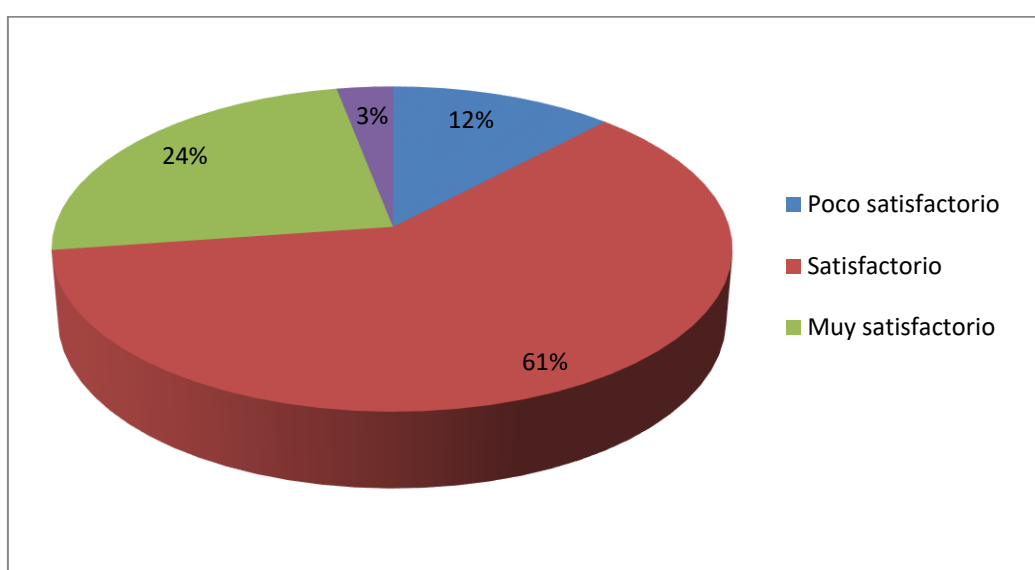
Detallan, en el apartado "Otros", la interpretación de por qué su incorporación en el trabajo de equipo no siempre es igual. En algunos cuestionarios, procedentes de centros hospitalarios, refieren que la intervención depende de la unidad desde la que se atiende a la persona, existiendo las que cuentan en la intervención con los profesionales del trabajo social desde el inicio como parte fundamental de los equipos y otros, tan solo, los hacen

participes cuando no saben cómo solucionar una cuestión de índole social, refiriendo en ese momento que es un problema social.

Sería interesante profundizar más en los factores que influyen en que el Trabajo Social esté, desde el primer momento, en la intervención en salud o que, por el contrario, su incorporación se produzca en fases posteriores.

Gráfico 31

*Grado de satisfacción que siente el trabajador social en lo relativo al desempeño de sus funciones.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

La mayoría de los trabajadores sociales encuestados expresan satisfacción en lo relativo al desempeño de sus funciones. Como se puede observar en el gráfico anterior casi un 87,9% muestran un nivel de satisfacción positivo, encontrándose el principal grupo en la categoría de “satisfactorio” (60,6%).

Las razones que identifican como responsables de su satisfacción son las siguientes:

**Respecto al modelo de trabajo utilizado:**

- ✓ “El modelo biopsicosocial y sus implicaciones para el trabajo en equipo”.
- ✓ “El modelo de intervención del centro es biopsicosocial, lo que supone que todos los miembros del equipo tienen la misma importancia en la intervención y toma de decisiones con los pacientes. La Coordinadora del centro permite libertad de actuación con ellos”.
- ✓ “Igualdad entre todas las especialidades”.

**Respecto al trabajo en equipo:**

- ✓ “Que se valore más nuestro trabajo y se le dé un mayor protagonismo al Trabajo Social dentro de la salud en la cual estamos muy limitadas”.
- ✓ “Trabajo en equipo”.
- ✓ “Trabajo en equipo y reconocimiento por parte de los otros profesionales. de la figura del trabajador social”.

**Otras razones:**

- ✓ “Libertad de acción”.

Existen también algunas razones que identifican como potenciadores de su insatisfacción y cuyo abordaje supondría una mejora de los niveles de satisfacción. Aunque no son razones “puras”, las he reunido en torno a 3 bloques para una mejor lectura y comprensión. A continuación expongo las situaciones que identifican como insatisfactorias o susceptibles de mejora.

**Respecto a la demanda de reconocimiento del Trabajo Social como profesión sanitaria y el tema de la especialización:**

- ✓ “Igual reconocimiento que las profesiones “médicas””.
- ✓ “Mal pagado en comparación con otros profesionales del mismo nivel”.
- ✓ “Reconocimiento como profesión sanitaria y ubicación en un único centro de salud”.
- ✓ “Respaldo institucional por parte del colegio profesional para lograr la especialización”.

**Respecto a la no aplicación del Modelo Biopsicosocial y la dificultad del trabajo en equipo:**

- ✓ “Atención integral, planes de intervención consensuados desde todas las áreas”.
- ✓ “Autonomía y participación en un plano de igualdad con respecto al resto de profesionales”.
- ✓ “Comunicación y coordinación mayor entre los profesionales”.
- ✓ “Condiciones reales de trabajo en equipo. Consideración del Trabajo Social como función administrativa. Restricciones a determinadas modalidades de intervención (visita domiciliaria, familia,...)”.
- ✓ “El grado de satisfacción está altamente relacionado con el equipo médico con el que trabajamos, hay diferencia a la hora de abordar una situación entre una especialidad y otra”.
- ✓ “No existe perspectiva biopsicosocial”.
- ✓ “Que se tenga en cuenta al trabajador social por parte de las otras profesiones: más coordinación”.
- ✓ “Trabajo en equipo e interrelación entre diferentes disciplinas”.

**Respecto a sus funciones y las condiciones de trabajo:**

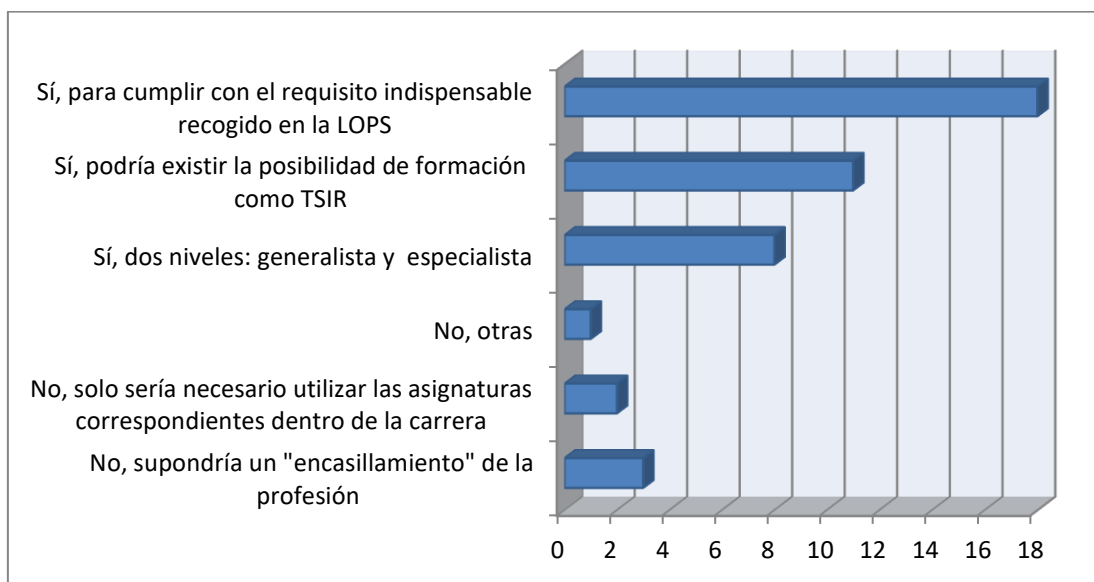
- ✓ “Ajuste ratio trabajadores/demanda”.
- ✓ “Coherencia en las intervenciones”.
- ✓ “Demasiados años en el mismo puesto”.
- ✓ “La formación”.
- ✓ “Menos burocracia, más recursos y prestaciones”.
- ✓ “Ubicación en un único centro de salud, participación en un diseño integral de la intervención, reconocimiento como profesión sanitaria”.
- ✓ “Un trabajador social por centro”.

Llama la atención que, si bien, el grado de satisfacción con su desempeño es alto, ha habido más aportaciones a los aspectos de mejora que señalamientos de aspectos positivos. Esto deja abierta la puerta para explorar la satisfacción en otros ámbitos como puede ser su papel y reconocimiento profesional dentro de los equipos, condiciones laborales e intervención con las personas dentro de modelo integrales, entre otros aspectos. Esto me ha

servido de justificación y motivación para afrontar una segunda exploración de la satisfacción laboral de estos profesionales.

Gráfico 32

*Opinión sobre la especialización sanitaria en Trabajo Social (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Lo primero que extraigo es que un 86% de los profesionales entrevistados mantienen una opinión favorable a la especialización del Trabajo Social Sanitario frente al 14% que no contempla esta opción.

La razón que se esgrime principalmente como opción favorable a la especialización tiene que ver con el cumplimiento de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) (41,8%). Otro grupo contempla la opción de la formación como Trabajadores Sociales Internos Residentes (TSIR) (25,6%) como la forma de especialización necesaria. El tercer grupo con más porcentaje de respuestas es el que expone la razón de la especialización como una manera de establecer dos categorías en la intervención, generalista y especialista (18,6%).

La razón principal que esgrimen los profesionales que no ven necesario una especialización en Trabajo Social Sanitario, con un 7%, está basada en el hecho de evitar un "encasillamiento" de la profesión. Otro grupo de opinión

refleja que, en los estudios universitarios, ya existen asignaturas que pueden servir como espacio para desarrollar esta formación. Esta opinión supone un 4,6% de las opiniones recogidas.

## **8.2. DATOS REFERIDOS A LOS OBJETIVOS DEL CUESTIONARIO “SATISFACCIÓN LABORAL”.**

En este apartado realizaré una exposición de los datos obtenidos, poniéndolos en relación con el tercer objetivo que proponía en esta tesis, cuyo propósito general es el de disponer de información sobre la opinión de los encuestados acerca de su posicionamiento profesional actual y, en concreto, sobre su satisfacción laboral sentida, obteniendo los puntos fuertes o de mejora de esta satisfacción. También lo relacionaré con el objetivo cuarto de la investigación, desde el que se analizará el grado de satisfacción laboral en profesionales identificando algunos de los factores de satisfacción/insatisfacción.

Para ello, al igual que en la primera parte, mostraré los datos obtenidos en gráficos, con el objeto de facilitar la comprensión, realizando, a continuación, una breve exposición de los mismos. Las interpretaciones y relaciones las pospondré para el apartado de conclusiones, donde se mostraré los resultados de la explotación de los datos, extraídos en función de los objetivos y la comprobación de las hipótesis.

El primer bloque, sobre el que expondré los datos que tienen que ver con el objetivo descriptivo, se orienta a disponer de información sobre el perfil de los profesionales. En el segundo bloque expondré los datos relacionados con el objetivo analítico referido a la satisfacción laboral de manera concreta.

### **8.2.1. OBJETIVOS DESCRIPTIVOS.**

El perfil de las profesionales que contestaron al cuestionario de satisfacción laboral es el de una mujer de 43,75 años de edad media, que en

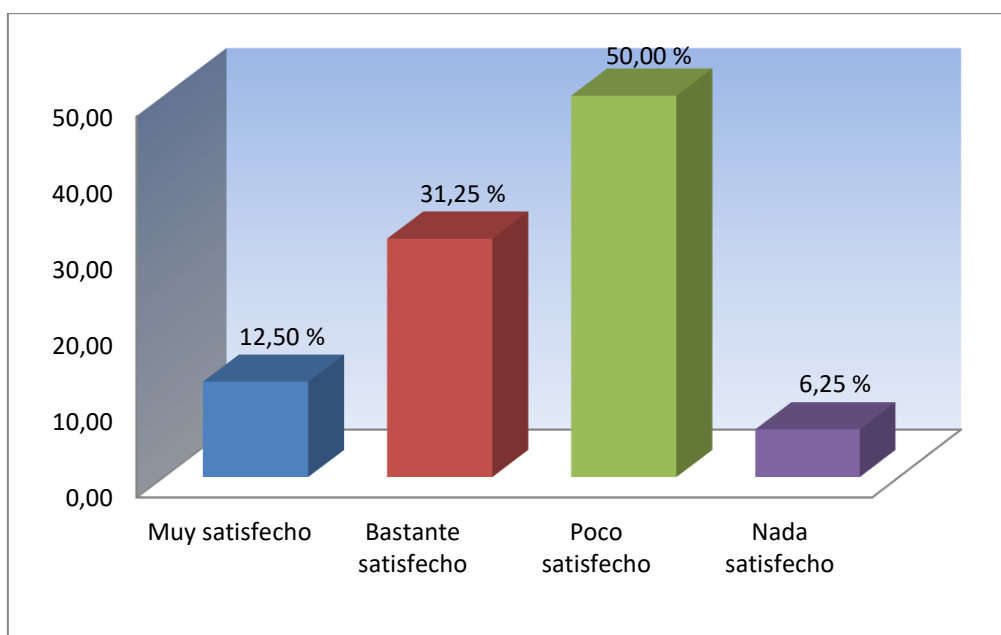
un 68,75% obtuvo su titulación universitaria como Diplomada en Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid y que lleva trabajando desde hace más de 5 años en el mismo puesto. El 75% obtuvo su titulación entre la década de los 90 y la del 2000 y, en un 56,25%, han realizado alguna actualización académica, siendo las más destacadas la de Diplomatura con un 25%, la de Grado con un 12,50% y la de Máster con un 18,75%. Los dispositivos donde trabajan son más heterogéneos, estando en porcentajes iguales (31,25%), en dispositivos hospitalarios, de atención primaria y de tratamiento de adicciones. En estos dispositivos el 81,25% desempeñan su labor profesional como técnicos, mientras que el 18,75% en puestos de coordinación

### 8.2.2. OBJETIVOS ANALÍTICOS.

Dando respuesta a los objetivos analíticos, comenzamos por presentar los datos que se refieren a la identificación del grado de satisfacción laboral en los profesionales del Trabajo Social que desempeñan su labor profesional en el ámbito de la salud, identificando algunos de los factores que influyen en la satisfacción/insatisfacción laboral.

Gráfico 33

*Satisfacción con el salario.*



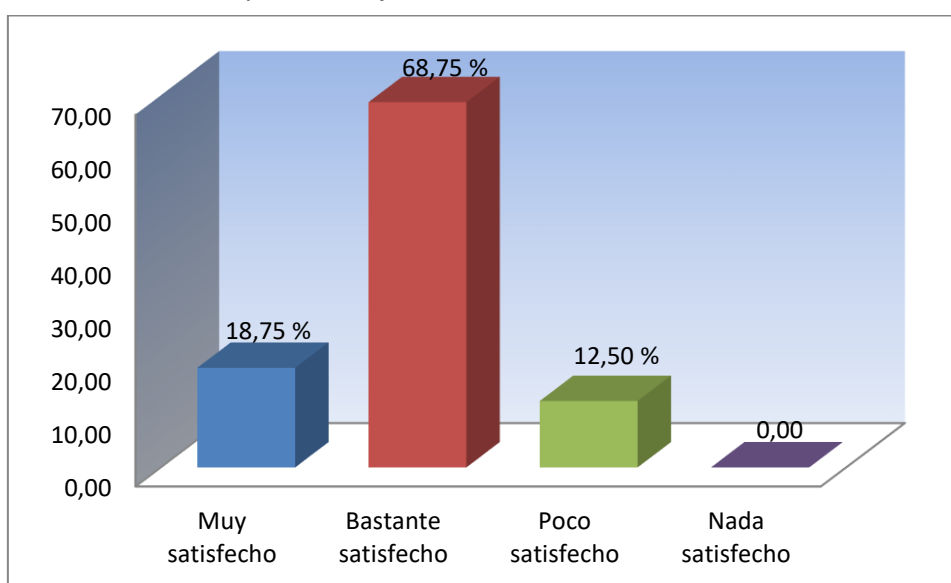
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).



La satisfacción con los ingresos expresados se decanta hacia valores de satisfacción negativa. Los intervalos que muestran valores de satisfacción positivos suponen el 43,75% mientras que los describen valores negativos de satisfacción suman el 56,25%. La franja de mayor representatividad se encuentra en la variable “poco satisfecho” (50%). Los valores de máxima y mínima satisfacción son los que tienen menor representatividad.

Gráfico 34

*Satisfacción con el tipo de trabajo realizado.*

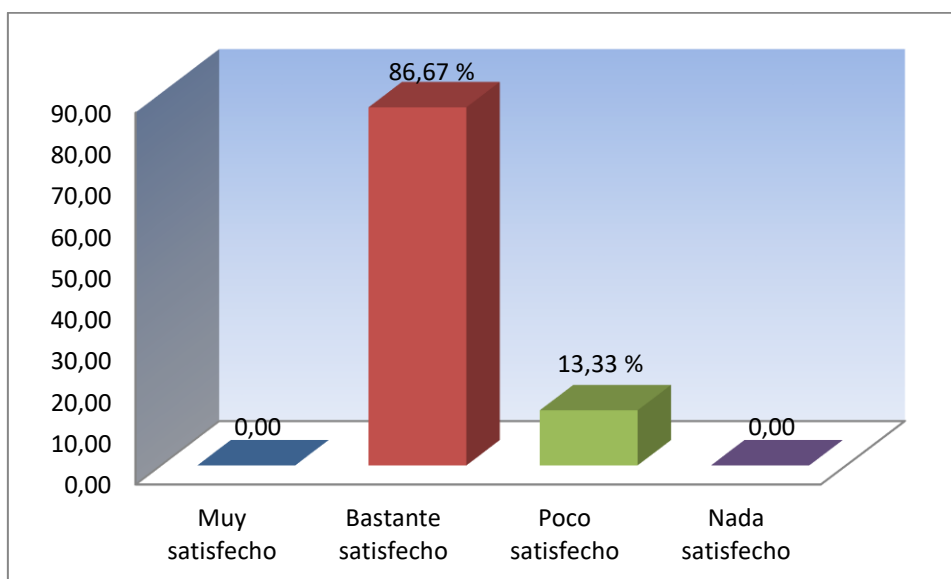


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

Respecto a la satisfacción con el trabajo realizado, vemos como este factor es positivo en el 87,5% de los encuestados, estando la franja principal en la categoría de bastante satisfecho, con un 68,75%. Es destacable, también, el alto porcentaje (18,75%) que encontramos en el valor extremo de “Muy satisfecho”.

Gráfico 35

*Satisfacción con los jefes y superiores.*



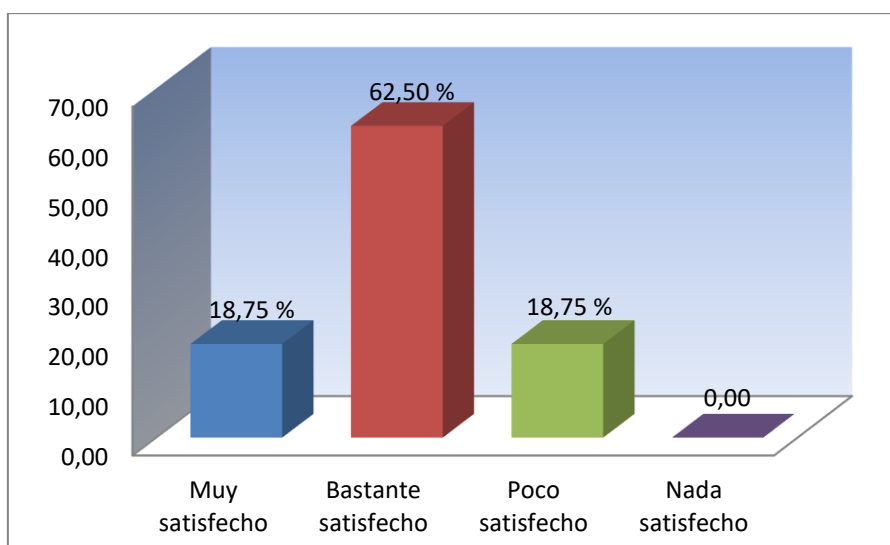
Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

Respecto a los datos de satisfacción con subordinados decir que solo he obtenido contestación en dos de los cuestionarios, que se correspondían con dos de las tres únicas profesionales con cargos de coordinación. En ambos casos la respuesta ha sido de “Bastante satisfecho” respecto a los subordinados.

Los datos se concentran en los valores centrales. Al igual que ocurría con la satisfacción con el propio trabajo. La referida a los jefes y superiores se sitúa en el rango de “Bastante satisfecho”, con un 86,67%, frente a 13,33% que se encuentra “Poco satisfecho”. No existe ninguna opinión que sea absoluta ni en modo positivo ni en negativo.

Gráfico 36

*Satisfacción con compañeros.*

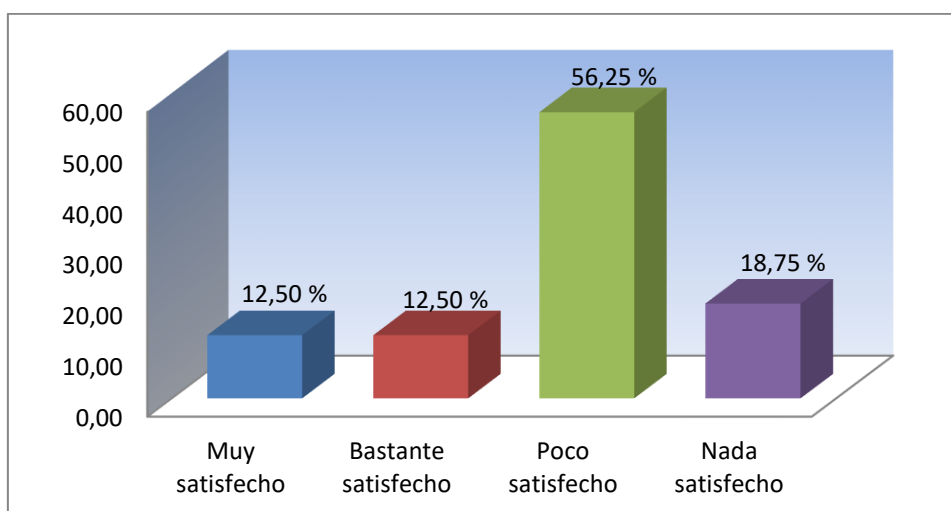


Fuente: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

En relación a la satisfacción con compañeros, aunque en su mayoría los valores de satisfacción son positivos (81,25%), y de manera especial los reflejados en la categoría de “Bastante satisfecho” (62,50%), cabe destacar el 18,75% de insatisfacción mostrada por parte de los encuestados y, también en el mismo porcentaje, el nivel de alta satisfacción.

Gráfico 37

*Satisfacción con posibilidades de ascenso.*

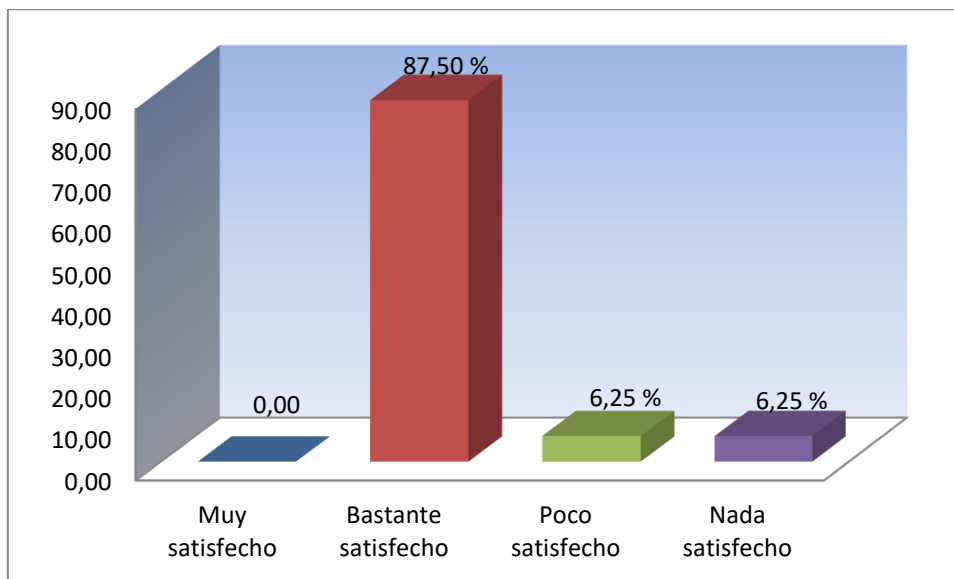


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

La percepción sobre las posibilidades de ascenso muestra valores de satisfacción negativos (75%). En este rango, los valores de “Poco satisfecho” representan el 56,25% de las opiniones. Cabe mencionar que las valoraciones situadas en los indicadores de “Muy satisfecho” corresponden con dos profesionales que ostentan un cargo de coordinación.

Gráfico 38

*Satisfacción con la organización de la empresa.*

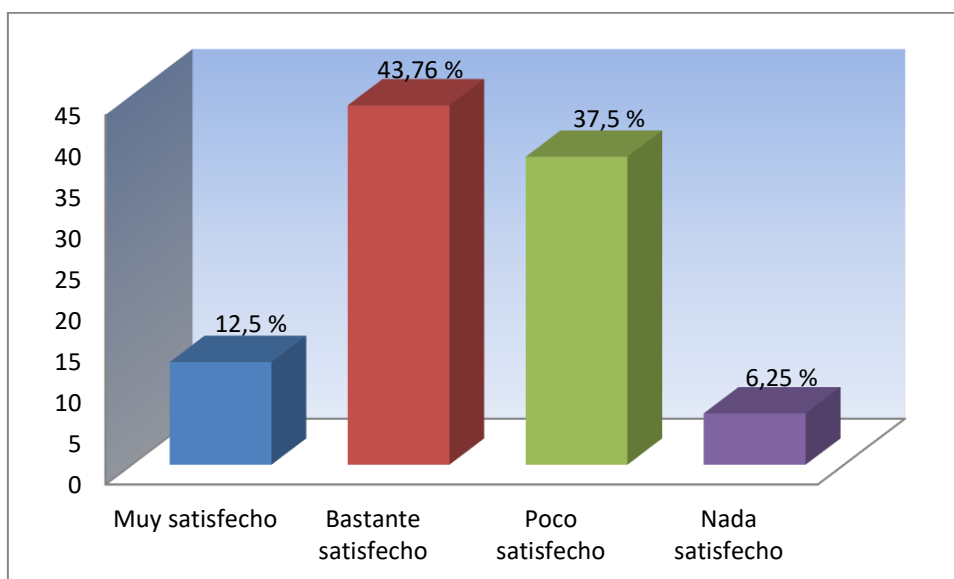


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

En lo referente a la organización de la empresa existe una valoración positiva de la misma, marcando unos índices, las respuestas situadas en “Bastante satisfecho”, del 87,50%, mientras que los valores de menor satisfacción corresponden al 12,50% de las opiniones.

Gráfico 39

*Satisfacción general en su empresa.*

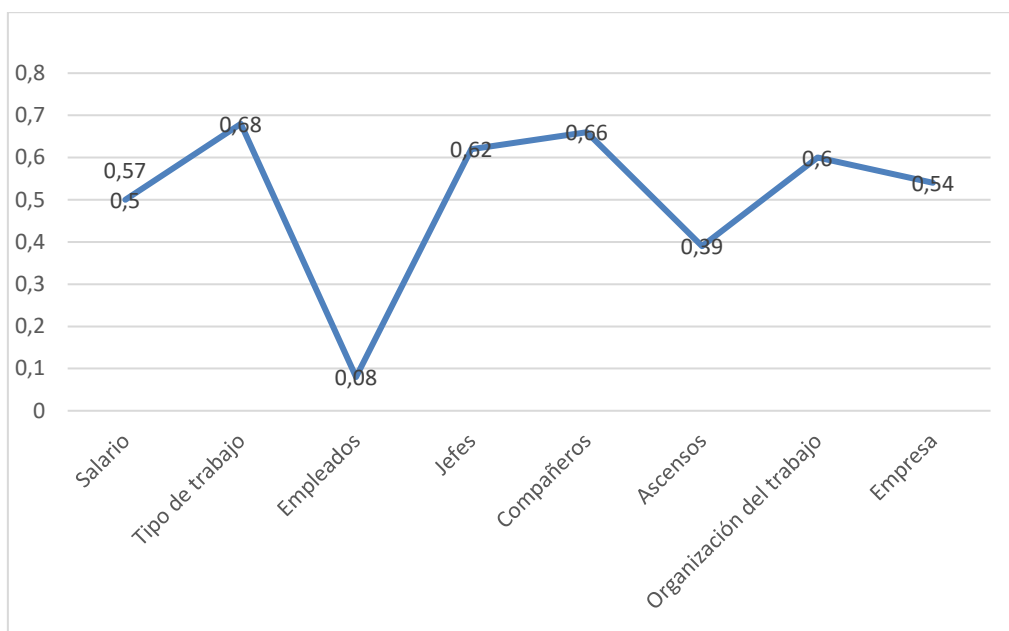


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

Respondiendo a la percepción de la satisfacción laboral general que tenían en su empresa, un 56,26% sitúan sus respuestas en la franja de satisfacción, mientras que un 43,75% la muestran en la franja de menor satisfacción. En ambos casos, los valores predominantes se encuentran en las opiniones menos sesgadas. Para acotar esta ambigüedad, fruto de la complejidad de la cuestión analizada, hago un resumen en el siguiente gráfico, del índice general de satisfacción que los encuestados han expresado en sus contestaciones.

Gráfico 40

*Índice general de satisfacción en el trabajo.*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

En las tablas que se muestran a continuación aparecen reflejados los datos descriptivos que los profesionales han expresado respecto a situaciones que les han generado gran satisfacción o insatisfacción en su vida profesional.

Tabla 40

*Descripciones sobre hechos que han provocado gran satisfacción laboral a los encuestados.*

1. “El reconocimiento, por parte del jefe, del trabajo que estaba haciendo a nivel de coordinación de los dispositivos.”
2. “Cuando un paciente, al que habían sacado de su casa junto con su madre, la policía y el SAMUR para un ingreso involuntario sin ningún cuidado, un día le acompañé a su casa y, sin críticas ni prejuicios, le ayudé a recoger todo y me dijo: Mar, no deberías morirte nunca. Era la primera vez que alguien le ayudaba.”
3. “Satisfacción relacionada con la intervención directa con los usuarios.”
4. “Tengo muchas satisfacciones relacionadas con pacientes y sus familias.”
5. “Tras la elaboración de un proyecto que nunca antes se había planteado en la Clínica para una subvención cuyos beneficios iban destinados íntegramente a los pacientes, me llamaron para decirme que se había concedido.”
6. “Conseguir un centro especializado para un menor discapacitado.”
7. “Un caso complejo con una mujer que sufría malos tratos y no quería denunciar, finalmente acabó denunciando y ahora lleva una vida más satisfactoria. Fue de gran satisfacción porque la decisión fue suya y hubo un gran trabajo de apoyo, seguimiento y orientación.”
8. “La implicación de varios profesionales en un caso (psiquiatra, enfermería, atención primaria, servicios sociales), el trabajo de cada uno de nosotros hizo que la vida de la persona que estaba en tratamiento cambiara, pudiera volver a caminar, relacionarse con los demás, asearse, participar en actividades y pudiera llevar una vida normalizada, ¡conseguimos ver su sonrisa!”
9. “Mi profesión y su ejercicio me encantan.”
10. “El día que me comunicaron que había aprobado la oposición de Trabajo Social del Ayto. de Madrid. Por la satisfacción de sentir compensados mis esfuerzos y por poder ejercer mi trabajo en una buenas condiciones laborales (sueldo y horario).”
11. “Todas las altas de usuarios por consecución de objetivos del equipo.”
12. “El nombramiento de coordinadora.”
13. “Han habido muchos momentos de satisfacción en mi anterior trabajo, educadora en piso de reinserción, entre ellos: evolución que veía en los pacientes, darles el alta terapéutica del piso, compartir espacios y conversaciones con los usuarios. Si he de señalar un hecho, el que se me viene a la memoria, es mi despedida del piso y de la asociación a la que pertenecía, por el cierre del mismo por falta de subvención de la Agencia antidroga, fue satisfactorio por terminar una etapa, con la satisfacción de haber hecho bien mi trabajo y el agradecimiento de los pacientes.”
14. “La satisfacción de que los/as usuarios/as agradecen tu esfuerzo y dedicación en el trabajo que realizas. Es una compensación que hace seguir trabajando con optimismo.”
15. “Atender a personas diariamente las cuales te dan las gracias de viva voz por la ayuda que reciben.”

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

En la Tabla 40 expongo la información que los profesionales han contestado, sin acotaciones en su respuesta, sobre aquellos factores que les habían producido, en algún momento de su carrera profesional, satisfacción de manera muy clara, aunque no todos han detallado este aspecto. Comentar que he trasladado las expresiones utilizadas por los profesionales sin ningún tipo de modificación ni recorte. Esto me lleva a ver como algunas de las aportaciones tienen que ver con experiencias personales y concretas que no tienen relación con una visión global del asunto. Aún así he creído que era necesario reflejarlas.

Respecto a los aspectos relacionados con algún hecho que le generase una gran satisfacción al profesional, destacar que la mayoría se concentran, de manera explícita o de modo indirecto, en la satisfacción que les aporta el resultado de su intervención profesional directa o la devuelta por usuarios o familiares. Esta conclusión coincide con los resultados que he extraído en los datos cuantitativos ligados a los factores identificados, que se concentran en los indicadores relacionados con los “logros” y el trabajo mismo. En varias aportaciones se recoge el hecho del reconocimiento por parte de los usuarios como factor de satisfacción principal. El reconocimiento profesional por parte de la institución o de otros profesionales solamente aparece en el caso de una persona a la que se le ofrece un cargo de responsabilidad.

Como se puede observar los datos de satisfacción se vinculan, casi exclusivamente, con la intervención del profesional del trabajo social en salud.



Tabla 41

*Descripciones sobre hechos que han provocado gran insatisfacción laboral a los encuestados.*

1. “La jerarquización y corporativismo que existe en el trabajo, donde los psiquiatras siempre tienen razón y no aceptan comentarios ni opiniones de otros profesionales con menos años de estudio.”
2. “Un alta que se dio por parte del médico sin contar con la situación social del paciente y le llevó a la calle en situación de riesgo para él y para terceros.”
3. “Impedir la propia organización y limitar funciones como trabajadora social.”
4. “Sentimiento de invisibilidad que tengo de no formar parte de un equipo pese a las buenas palabras desde “lo personal”. Desvalorización y falta de reconocimiento de mi trabajo. Sensación continua de tener que estar “defendiendo” mi espacio profesional.”
5. “Tener que intervenir en un caso que iba en contra de mis principios.”
6. “Cuando pasamos a depender de las dirección de enfermería y nos metieron en el “cajón de sastre” como personal de apoyo.”
7. “Hombre de 73 años, vive solo, sufre un ICTUS y que desde su hospital de referencia lo derivan a un hospital privado para realizar rehabilitación, diciéndole que con mes, mes y medio sería suficiente. El hombre se queda sin recursos económicos y desde atención primaria ya no podemos derivar a hospital Guadarrama/Fuenfría/Virgen de la Poveda, solo desde atención especializada. Por lo que la demanda se realiza en atención primaria sin recursos posibles.”
8. “Cuando se proponen nuevos proyectos y no se tienen en cuenta.”
9. “Profesión mal pagada y el trabajar con profesionales del mismo nivel que al tener reconocida la carrera profesional les permite un sueldo más decente.”
10. “Acudir a las mesas del menor (ETMF / CAF). Los casos donde hay menores involucrados. Cuando se toman medidas de protección por técnicos que no conocen a las familias. Por el hecho de tener que coordinarme con profesionales en los que no convergen, para nada, los criterios de valoración de la situación de riesgo/desamparo. Donde todos acudimos con nuestras teorías, manuales y amparados en la legislación, pero que erramos en las decisiones. Sentirte partícipe de una decisión errónea, aunque puede que necesaria. En concreto recuerdo una tutela de un menor de 15 años porque su madre (superviviente de una situación de malos tratos) mantenía un abuso de alcohol. Siempre nos quedamos con la duda si no habría otra forma de intervenir con los casos que requieren de una tutela.”
11. “No tener el mismo peso específico que el resto de profesiones. No existe posibilidad de hacer una valoración inicial de cada caso y poderla compartir con el resto de valoraciones de otras profesiones.”
12. “Escasa valoración de las tareas y funciones que tiene el trabajador social con respecto al usuario, al entorno familiar y al propio equipo terapéutico.”
13. “La ubicación en un solo centro de salud. Participar en las intervenciones de modo integral, siendo un modelo de intervención realmente biopsicosocial. Reconocimiento de la profesión como sanitaria.”
14. En empresa privada, concretamente centro de día de mayores, las continuas exigencias al personal respecto a superiores, siendo yo mando intermedio, cuando el personal respondía positivamente.”
15. “No poner en marcha un proyecto de recogida de datos atractivo al que había dedicado mucho tiempo.”
16. “La visión de los programas es sanitaria y no tiene perspectiva social.”
17. “En mi trabajo actual, hace unos años, tuve problemas con una compañera, en aquel momento sentí estar siendo acosada por ella y esa época fue dura para mí.”
18. “Muchas veces me disgusta la falta de profesionalidad y de coordinación con otros compañeros que dificultan la intervención de casos. Debido a esto, no te facilitan el acceso y consiguen que haya una barrera profesional.”
19. Cuando trabajas a diario con profesionales sanitarios y no acabamos de conectar en la labor realizada. No se soluciona nada en lo social.”

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

En la Tabla 41 expongo los aspectos relacionados con algún hecho que le generase gran insatisfacción al profesional. En primer lugar, expresan una falta de reconocimiento de la profesión respecto a las otras disciplinas que intervienen con las personas. Reflejan estos sentimientos utilizando términos como “invisibilización”, “desvalorización”, “corporativismo”, “jerarquización”, “desigualdad”, etc., como expresión de la falta de valoración que sienten en su desempeño profesional. Esto lo sitúan, en algunas ocasiones, como un problema con los profesionales considerados como sanitarios, incluso en el plano retributivo. Detallan como este distanciamiento entre la perspectiva clínica o la social produce tensiones en las intervenciones y relaciones profesionales en algunos casos.

Este dato concuerda con la falta de presencia en la anterior tabla de aspectos que reflejen un trabajo en equipo horizontal e igualitario.

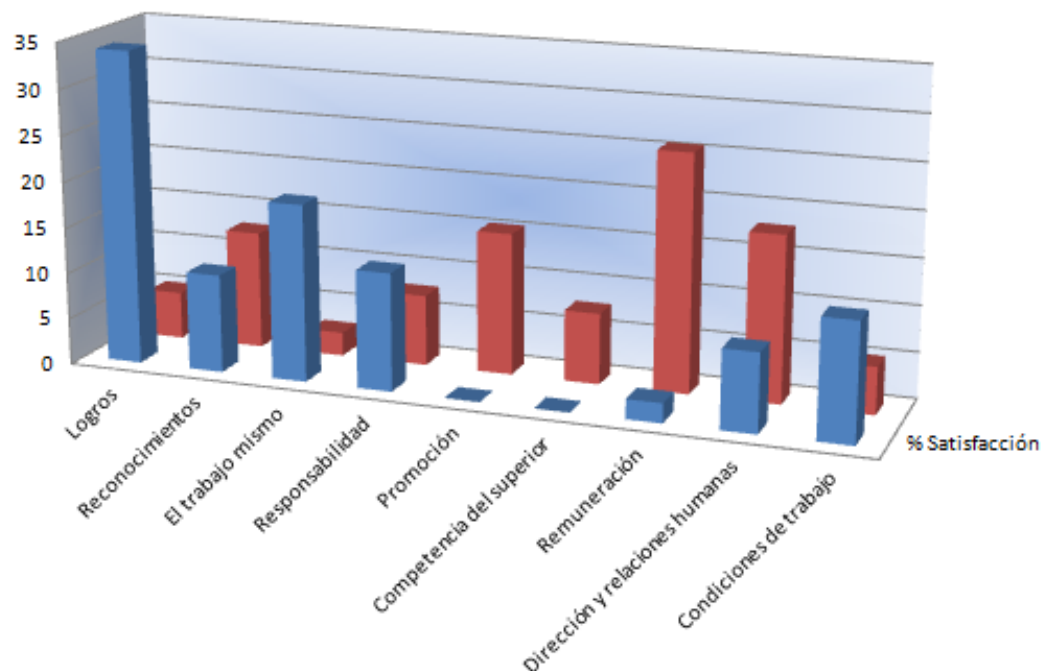
Al igual que en la Tabla 40, he trasladado las expresiones utilizadas por los profesionales sin ningún tipo de modificación ni recorte.

Como ya señalé anteriormente, la segunda parte del cuestionario enfoca la investigación desde un análisis cualitativo de la satisfacción, que aporta alguna luz sobre el perfil motivacional de los sujetos. En ella han reflejado factores que les producen satisfacción e insatisfacción en su desempeño laboral.

En el Gráfico 41 se pueden observar una comparativa de los factores de satisfacción e insatisfacción laboral que identificaron en la segunda parte de este último cuestionario.

Gráfico 41

*Comparación de motivos de satisfacción e insatisfacción laboral.*



	Logros	Reconoci mientos	El trabajo mismo	Responsa bilidad	Promoció n	Competen cia del superior	Remunera ción	Dirección y relaciones humanas	Condicion es de trabajo
■ % Satisfacción	34,04	10,64	19,15	12,76	0	0	2,13	8,51	12,76
■ % Insatisfacción	5,13	12,82	2,56	7,69	15,38	7,69	25,64	17,95	5,13

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

Los factores de mayor satisfacción laboral están especialmente concentrados en los factores relacionados con los “logros” y el trabajo mismo. Ambos factores suponen un 53,19% de la satisfacción expresada. Son factores que dependen, en gran medida, de la percepción que el profesional tiene de su propio trabajo, de las metas alcanzadas, los resultados o rendimientos del trabajo que percibe, el sentimiento del deber cumplido. A esto se le suma su visión del trabajo como positivo, creativo y variado.

Existen otros dos factores que, porcentualmente, están en intervalos muy inferiores y que igualan su cuantificación del 12,76 % cada uno. Estos dos factores se relacionan con la responsabilidad y las condiciones de trabajo, contemplando este último factor, no solamente desde el punto de vista de la ergonomía, sino también desde el volumen de trabajo.

En lo referente a los factores relacionados con la insatisfacción, lo primero que destaca es que, éstos, no se concentran de la misma manera que los de satisfacción, estando más diversificados en su expresión.

El factor de insatisfacción que se muestra con más presencia es el de la remuneración (25,64%). La dirección y las relaciones humanas (17,95%), la promoción (15,38%) y el reconocimiento (12,82%) son los factores que destacan a continuación.

Podemos ver que los factores de Promoción y Competencia del superior no mostraban ninguna valoración positiva sobre la satisfacción y, sin embargo, si aparecen en tercera y en quinta posición, respectivamente en los factores de insatisfacción.

### **8.3. ANÁLISIS DE VARIABLES EN FUNCIÓN DE LAS HIPÓTESIS.**

A continuación, basándome en los datos obtenidos, contrastaré las hipótesis iniciales del estudio para corroborar si se cumplen o no.

**Hipótesis nº 1: La diferencia entre el paradigma en el que el profesional basa la intervención y en el que realiza su intervención el dispositivo influye en la baja satisfacción laboral.**

A partir de dos de los ítems del cuestionario, el 23 y el 24, se crea una nueva variable, que denominamos concordancia (entre el modelo que el trabajador social emplea y el que emplea su centro de trabajo). Esta variable

“concordancia” es una variable dicotómica: toma el valor "Sí" en caso de existir concordancia y el valor "No" en caso contrario.

A continuación, se estudia si existe correlación entre el valor de la variable concordancia y el valor de la variable correspondiente al ítem 26 del cuestionario (Grado de satisfacción que tiene el profesional con el desempeño de sus funciones).

El razonamiento para realizar esta correspondencia fue el siguiente: si el modelo imperante era el bioclínico entonces el rol de trabajador social sería secundario ("agenda de direcciones y gestor de recursos", contestaba una persona encuestada) con respecto a otros profesionales y eso generaría frustración laboral y, en consecuencia, baja satisfacción. Utilizando el mismo razonamiento, establezco la nueva hipótesis de que si la atención del centro tiene un enfoque biopsicosocial, el trabajador social se encontrará con un contexto de trabajo y unas relaciones profesionales horizontales, al menos sobre el papel, y que esto generará mayor satisfacción laboral.

Tabla 42

*Concordancia entre modelos en dispositivo (observado y sentido) y satisfacción.*

Ítem 23	Ítem 24	Concordancia	Satisfacción
Biomédico	Biopsicosocial	No	Satisfactorio
Biomédico	Sistémico	No	
Biomédico	Biomédico	No	Satisfactorio
Biomédico	Biopsicosocial	No	Poco satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Poco satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Poco satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Satisfactorio
Biopsicosocial	Biomédico	No	Poco satisfactorio
Sistémico	Biomédico	No	Satisfactorio

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Todos los valores por encima de satisfactorio se producen cuando hay concordancia. Y todos los valores por debajo de satisfactorio se producen cuando no hay concordancia. Con esto se cumpliría la hipótesis que quería demostrar.

El problema es que los datos reflejados también aportan otra información. Aparecen valores "satisfactorio" tanto cuando se produce concordancia como cuando no. Esto se debe a un error en el diseño, que tampoco me ha permitido interrelacionar adecuadamente el enfoque utilizado por el trabajador social con el del centro al no existir en ningún momento la variable "Biomédico" en el primero, por lo que la concordancia nunca se habría dado al no existir ningún dispositivo con un enfoque diferente al "Biopsicosocial" o al "Biomédico". Por este motivo, no podría hablar realmente de una hipótesis contrastada.

A pesar de esto, puedo extraer la conclusión de que el valor de "Poca Satisfacción" coincide en todos los casos cuando el enfoque con el que trabaja el centro es el "Biomédico", que sí tiene que ver con la reflexión de partida.

### **Hipótesis nº2: Los trabajadores sociales no referirán un solo modelo en su intervención.**

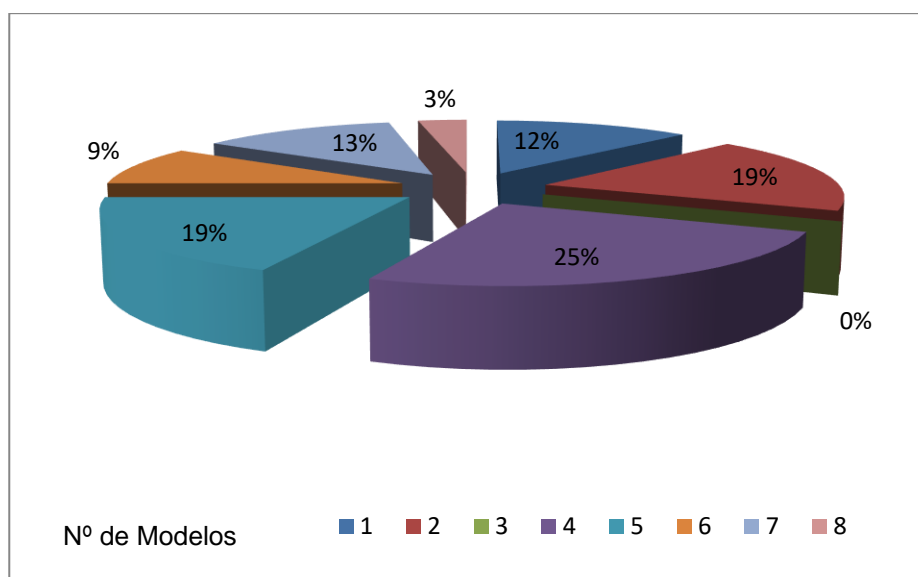
La hipótesis se cumple.

En el siguiente gráfico se recoge la distribución de la variable "Número de modelos teóricos mencionados por los trabajadores sociales", obtenidos del ítem 18 del cuestionario. Los números son claros: el 70% de los trabajadores sociales refiere conocer más de tres modelos teóricos.

Los porcentajes superiores se encuentran entre los profesionales que dicen conocer 2 y 5 modelos, ambos con un 18,7% y los que refieren conocer 7 modelos (12,5%).

Gráfico 42

Número de modelos teóricos mencionados por los trabajadores sociales.



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Por los tipos de modelo, los datos serían los siguientes:

Tabla 43

Frecuencia según modelos.

Modelo	Frecuencia	Porcentaje
Bioclínico	16	11,60
Psicodinámico	12	8,70
Intervención en crisis	19	13,80
Modificación de conducta	17	12,30
Sistémico	27	19,50
Ecológico	4	2,90
Humanista	16	11,60
Gestión de casos	24	17,40
Otros	2	1,40
No conoce ninguno	1	0,70
Total	138	100

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Los modelos más veces reflejados, por lo que se deduce más conocidos, son el Modelo Sistémico (19,50%), el Modelo de Gestión de Casos (17,40%) y el Modelo de Intervención en Crisis (13,80%).

Aún cumpliéndose la hipótesis en cuanto al conocimiento de los modelos habría que profundizar en el modo en el que han adquirido el conocimiento sobre los mismos, si desde la formación inicial, desde una formación complementaria, desde formación especializada ofertada desde el dispositivo de trabajo, etc.

En este estudio no he recogido esta información pero sí puedo poner esta cuestión en relación con los elementos teóricos más utilizados en la intervención social, que sí he recogido.

En la siguiente tabla expongo los resultados obtenidos en el ítem 17 del cuestionario sobre este tema.

Tabla 44

*Elementos teóricos más utilizados en la intervención social.*

Fuente	Total	% Sobre el total de respuestas (106)	% Sobre n=33
Metodología Trabajo Social	30	28	90
Bibliografía adicciones	8	7,5	24,2
Legislación	20	18,9	60,6
Elementos psicología	24	22,6	72,7
Elementos sociología	14	13,2	45,4
Modelo teórico	8	7,6	24,2
Ninguno	0	0	0
Otros	2	1,9	6
<b>Total</b>	<b>106</b>		

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Como se puede observar el 24% de los encuestados responde que utiliza modelos como referentes teóricos para la intervención. Y sin embargo, el 90% responde que usa elementos de metodología de Trabajo Social. Pero ¿la metodología de Trabajo Social no se fundamenta sobre modelos teóricos? O ¿son los encuestados aplicadores de recetas sin preguntarse el porqué de las cosas?



Como he comentado antes, y a modo de autocrítica, quizás este ítem debería haber tenido una redacción diferente o ir completado con otra pregunta, referida a la formación sobre los modelos (¿Has realizado alguna formación complementaria sobre algún modelo teórico? En caso de responder afirmativamente. ¿Sobre qué modelo? ¿Dónde? ¿Qué duración tuvieron?, etc.). Esto deja una puerta a seguir profundizando sobre el conocimiento de los modelos por parte de los trabajadores sociales.

En cualquier caso, los datos avalan la hipótesis.

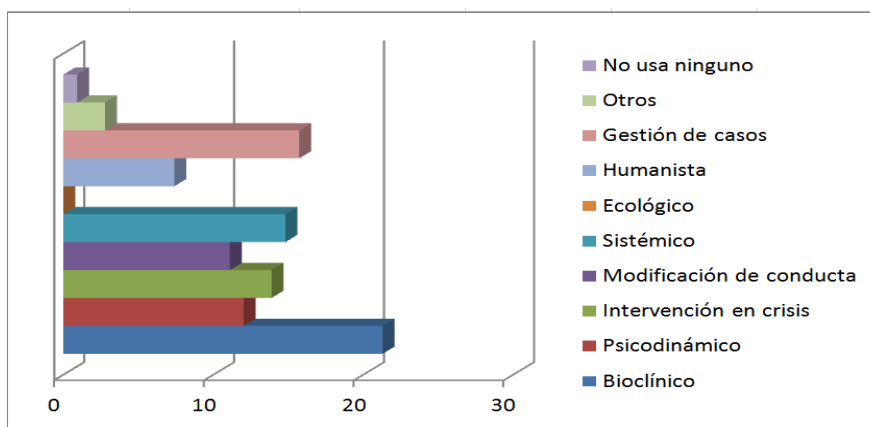
**Hipótesis nº 3: Los trabajadores sociales no perciben que el modelo biopsicosocial sea el que se utiliza en los recursos donde realizan su desempeño profesional, siendo el modelo bioclínico el identificado.**

Ante esta hipótesis me he encontrado con una dificultad. Según los datos del ítem 19, el Modelo Bioclínico es el más utilizado en los dispositivos con un (21,3%). Pero si cruzamos esta variable con los resultados obtenidos en el ítem 23 nos aporta una información complementaria ya que los trabajadores identifican que en sus dispositivos el enfoque general es el biopsicosocial.

Por lo tanto, la hipótesis sí se cumple, ya que perciben como modelo predominante el bioclínico pero a su vez identifican el modelo biopsicosocial como marco del dispositivo.

Gráfico 43

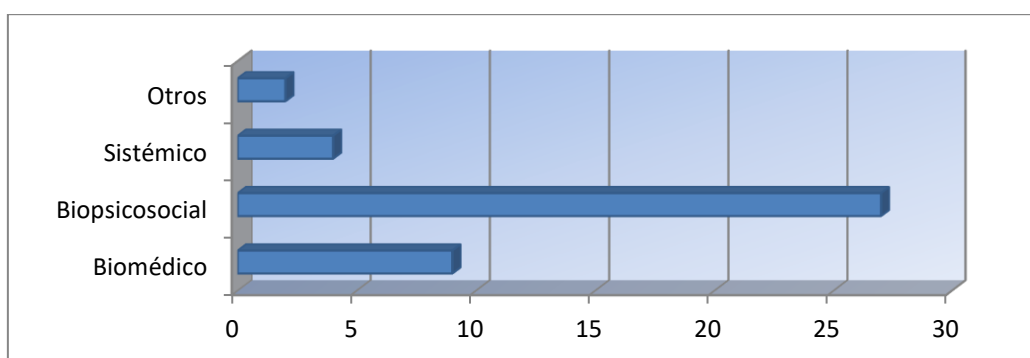
*Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Gráfico 44

*Desde qué enfoque se enmarca la intervención en el Centro (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

#### **Hipótesis nº 4: Los trabajadores sociales y los recursos, según la percepción de los primeros, utilizan modelos diferentes.**

Los trabajadores sociales expresaron utilizar más de un modelo en su intervención, en contradicción con los datos obtenidos con los ítem 19 (Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo/servicio/institución) y 20 (Modelo/s de intervención en los que basa su intervención).

Tabla 45

*Comparación Modelos de intervención que se utilizan (dispositivo/trabajador social).*

Modelo	Ítem 19		Ítem 20	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Bioclínico</b>	7	7,3	23	69,7
<b>Psicodinámico</b>	7	7,3	13	39,9
<b>Intervención en crisis</b>	14	14,6	15	45,4
<b>Modificación de conducta</b>	13	13,5	12	36,6
<b>Sistémico</b>	20	20,8	16	48,5
<b>Ecológico</b>	3	3,1	0	0
<b>Humanista</b>	8	8,4	8	24,2
<b>Gestión de casos</b>	19	19,8	17	51,5
<b>Otros</b>	4	4,2	3	9
<b>No conoce ninguno</b>	1	1	1	3

Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Como se puede ver, existe una notable diferencia entre los resultados obtenidos para cada modelo, no existiendo una concordancia en la utilización de los mismos. Con esto quedaría verificada la hipótesis.

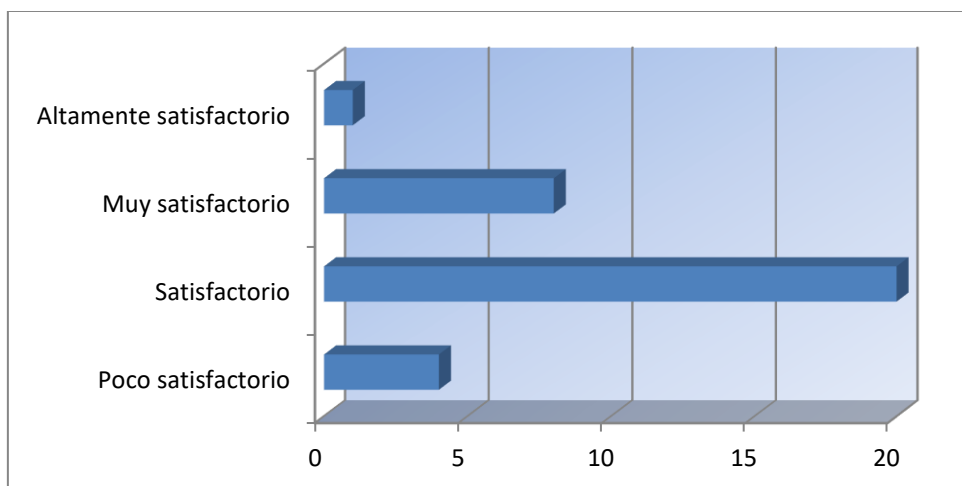
**Hipótesis nº 5: Los trabajadores sociales manifestarán niveles bajos de satisfacción laboral.**

Esa hipótesis no se cumple.

En el primer cuestionario la mayoría de los trabajadores sociales expresaban satisfacción en lo relativo al desempeño de sus funciones. Como se puede observar en el Gráfico 45, la suma de los ítem que reflejan satisfacción son los que introducen más valores de opinión, aportando los que responden a las categorías de “Satisfactorio”, “Muy satisfactorio” y “Altamente satisfactorio”, el 87,9% de las opiniones registradas. El principal grupo de opinión se sitúa en la categoría de “Satisfactorio” (60,6%).

Gráfico 45

*Grado de satisfacción que tiene como profesional del Trabajo Social en lo relativo al desempeño de sus funciones (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

A pesar de esta respuesta positiva en las percepciones sobre su sueldo, opinión sobre la ratio de atención, etc. que aparecen en el primer cuestionario, los profesionales han expresado insatisfacción. Esto me generó la inquietud para profundizar en el segundo cuestionario.

En las respuestas del cuestionario nº 2 sobre satisfacción laboral, respondiendo a la percepción de la satisfacción laboral que tenían en su empresa, un 56,26% estaban en la franja de satisfacción, mientras que un 43,75% se mostraron en la franja de menor satisfacción. En ambos casos, los valores predominantes se encontraron en las opiniones menos sesgadas (Gráficos 39 y 40).

En base a esto puedo decir que no se cumple esta hipótesis, si bien los niveles de insatisfacción se podrían considerar también significativos.

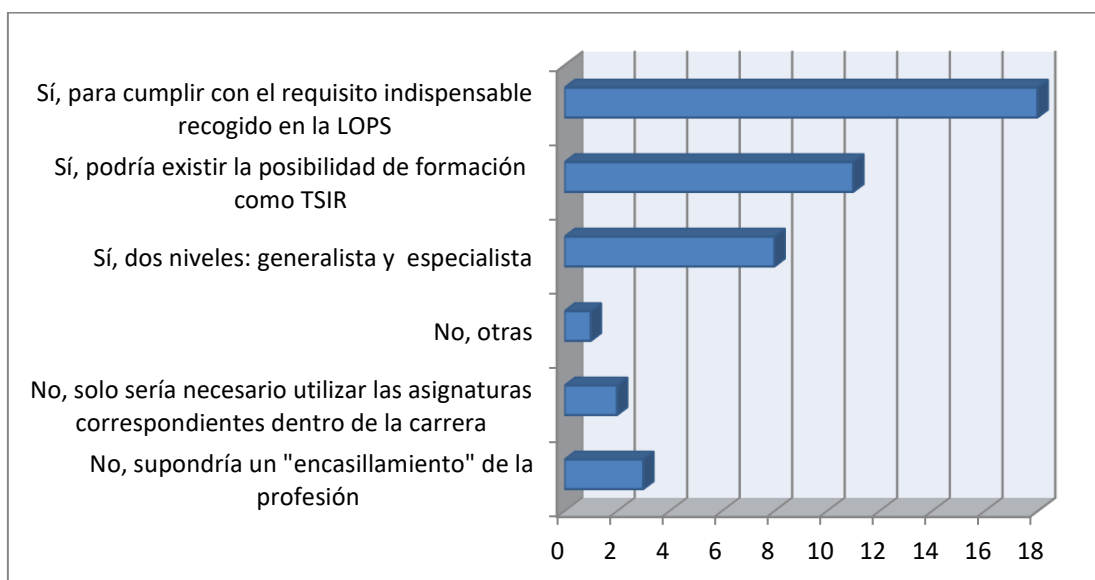
**Hipótesis nº 6: Los trabajadores sociales manifestarán un nivel alto de apuesta por especialización del Trabajo Social Sanitario.**

Lo primero que obtuve es que un 86% de los profesionales entrevistados mantienen una opinión favorable a la especialización del Trabajo Social Sanitario frente al 14% que no contempla esta opción.

Con esto podemos afirmar que esta hipótesis se cumple.

Gráfico 46

*Opinión sobre la especialización sanitaria en Trabajo Social (en datos absolutos).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

Después de demostrar la hipótesis me pareció interesante cruzar la variable de la opinión desfavorable con la de actualización curricular. Esta nueva hipótesis surge al interpretar que las personas que no han realizado ninguna actualización curricular serían las menos predispuestas para realizar unos estudios de especialización.

Profundizando en esto extraigo otra conclusión: ninguna de aquellas personas que respondieron que la especialización llevaba al “encasillamiento de la profesión” realizó una actualización curricular (mantienen la titulación, dos diplomadas y una graduada). Tampoco las dos personas que respondieron que es “suficiente con las asignaturas de la carrera” (dos diplomadas), ni la persona que respondía que no por motivos propios (diplomada).

Por lo anteriormente dicho, deduzco que se cumpliría esta hipótesis.

**Hipótesis nº 7: Los trabajadores sociales con mayor antigüedad laboral manifestarán menor satisfacción laboral y mayor apuesta por la especialización.**

Encontré un problema de diseño del experimento en el primer cuestionario. El 81% de los encuestados habían trabajado más de 5 años. Este dato nos lleva a la situación de no poder comparar los resultados de manera adecuada. Aún así el dato de apuesta por la especialización es mayor en las franjas de mayor antigüedad que en las de menos, siendo esta respuesta afirmativa en un 68% de los encuestados con más de 5 años de antigüedad.

Podría haber resuelto el problema con un muestreo más complejo, con un "conglomerado" para cada franja de edad o de antigüedad en la profesión (lo mismo, para otros ítems, con respecto a la tipología de centro).

Para intentar encontrar otro tipo de conexión entre los datos, sustituí el dato de la antigüedad con el dato de edad en el primer cuestionario.

Al conectar las dos variables obtuve los datos de la siguiente tabla:

Tabla 46

*Comparativa entre nivel de satisfacción y apuesta por la especialización.*

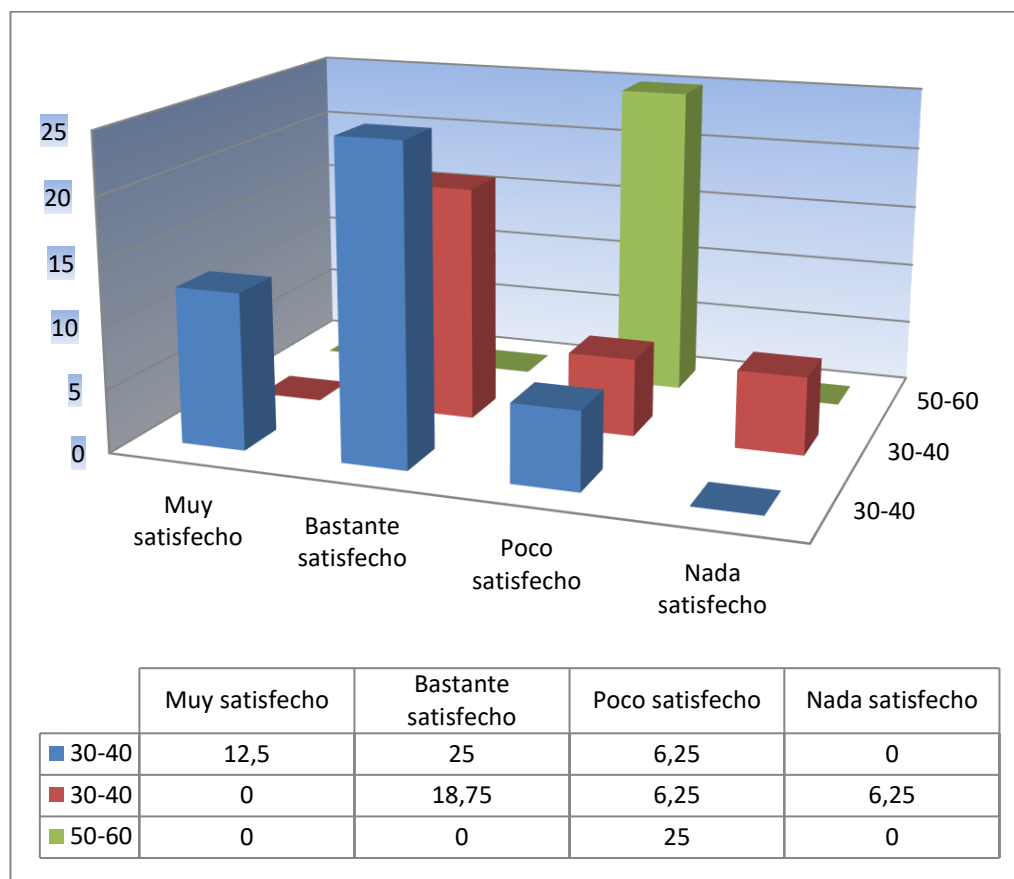
Satisfacción			Apuesta por la especialización	
	Poco satisfactorio y satisfactorio	Muy satisfactorio y altamente satisfactorio	Sí	No
30-39	6	3	6	3
40-49	7	4	9	2
50-59	6	2	7	1
Más de 60	2	0	2	0

Nota. Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2015).

La segunda investigación, específica sobre la satisfacción laboral, lanza datos parecidos, apareciendo en la franja de mayor edad la menor satisfacción laboral y, por el contrario, en la franja de mayor juventud, los porcentajes de mayor satisfacción laboral.

Gráfico 47

*Satisfacción laboral por franjas de edad (en porcentaje).*

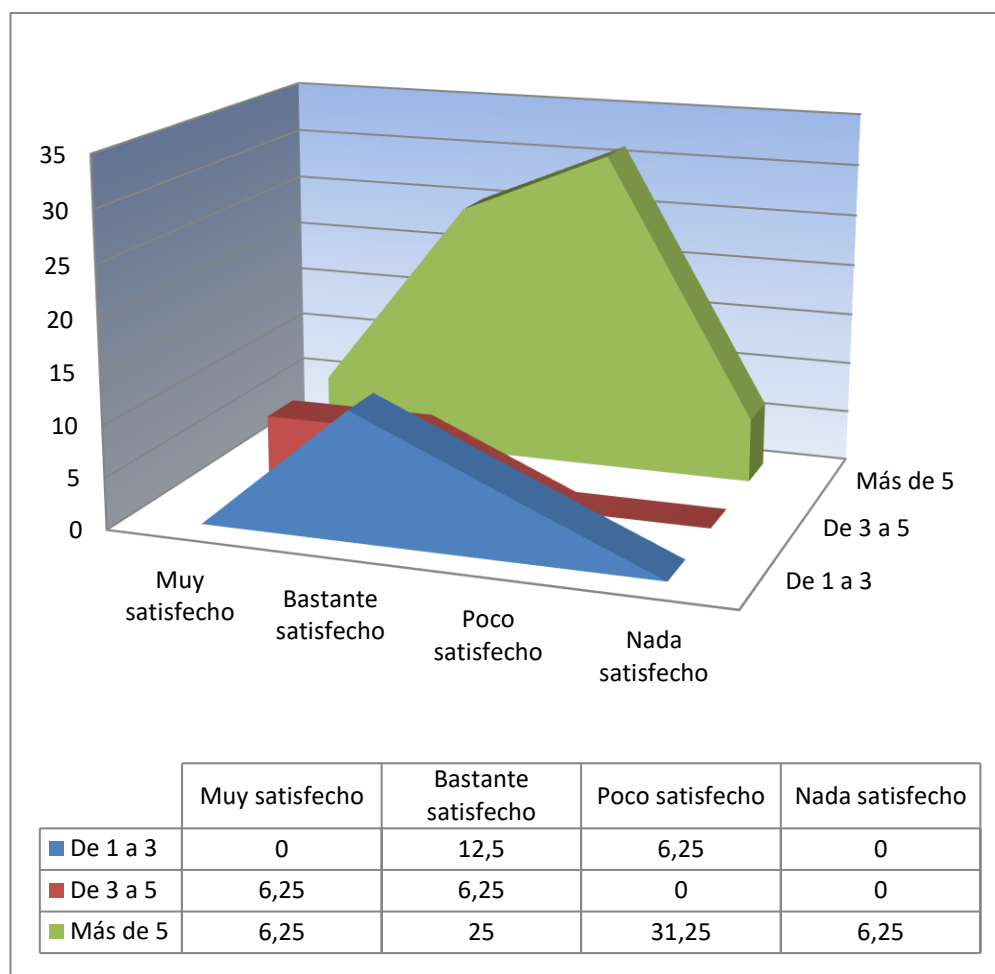


Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

Centrándonos en los datos del segundo cuestionario, encontramos que la franja dónde se sitúa una satisfacción laboral más baja coincide con el grupo de profesionales que llevan trabajando más de 5 años (37,50%). De éstos, el 31,25% se definen como poco satisfechos.

Gráfico 48

*Satisfacción laboral por franjas de antigüedad en el trabajo (en porcentaje).*



Nota: Elaboración propia basada en datos obtenidos de la investigación (2016).

De los datos presentados deducimos que sí existe una mayor apuesta por la especialización y menor satisfacción laboral en las franjas de mayor edad, por lo que podríamos dar como correcta esta hipótesis.



**Hipótesis nº 8: Los niveles de baja satisfacción están relacionados con el reconocimiento, ligado a las perspectivas de remuneración económica y de posibilidad de promoción.**

Esta hipótesis se cumple.

Existe coincidencia en ambas encuestas sobre esta cuestión, si bien en la primera solamente aparece referida al desempeño de las funciones, y en la segunda aparece cuantificada de modo específico en el análisis cuantitativo y en el cualitativo.

Mientras que la satisfacción laboral, se concentra en gran medida en factores relacionados con los “logros” y el “trabajo mismo”, los niveles de insatisfacción se concentran en la remuneración y en la posibilidad de promoción (Gráfico 40). Señalar que además de los expuestos en la hipótesis, he detectado otro factor cuantificado porcentualmente entre la remuneración y el reconocimiento. Este factor valorado en segundo lugar es “la dirección y las relaciones humanas” (Gráfico 41).

#### **8.4. ENTREVISTA: ANÁLISIS DEL DISCURSO.**

##### **8.4.1. MÉTODO.**

En este apartado voy a realizar, utilizando para ello la información obtenida en las entrevistas, un análisis del discurso que constituye un primer nivel de análisis. Lo empleo de manera complementaria a la investigación cualitativa. Éste no es más que el examen de la información procedente de las entrevistas realizadas en la investigación. Parto desde sus discursos escritos y tiene por objetivo el extraer significados referidos por los trabajadores sociales que sean útiles a los objetivos de nuestra investigación (Montañez, 2001). Esta

información se concreta en una narración que, desde una mirada ordenada del objeto de estudio, intenta articular los diferentes temas relacionados con el discurso que tienen los trabajadores sociales sobre su desempeño profesional.

He analizado la información recogida en base a la obtención de una secuencia coherente de datos partiendo de categorías definidas durante el proceso de análisis. Dadas las características de los instrumentos de recogida de datos –las entrevistas ya presentadas–, opté, en esta ocasión, por realizar un estudio cualitativo manual.

El modelo de análisis que he utilizado es el modelo en espiral que proponen Miles y Huberman (1984), que implica la diferenciación del trabajo en tres etapas formando, junto a la recopilación de datos, un proceso interactivo y cíclico. A continuación detallo las etapas:

- ✓ Reducción de datos: implica la selección, focalización, simplificación, abstracción y transformación de los datos.
- ✓ Estructuración y presentación: esta fase está referida a la organización de la información.
- ✓ Extracción de conclusiones y verificación a partir de los datos obtenidos en las fases anteriores.

He plasmado esto en una tabla resumen de frases significativas, agrupadas por bloques de interés y, a continuación, en un análisis del discurso más amplio.

### • Participantes

Todas son mujeres, trabajadoras sociales que, a excepción de una, han estudiado la carrera en un centro público. Llevan trabajando en activo entre 12 y 28 años, y llevan en el mismo dispositivo, al menos 2 años y medio.

Con esto se cumplen las premisas de selección previas que ya indiqué en el anterior capítulo.

### • Materiales

La entrevista escrita consta de 19 preguntas (Anexo III). Envié la misma para su cumplimentación por escrito a 6 personas de las que solo 4 me la devolvieron completada.

### • Procedimiento

Los sujetos realizaron la entrevista, contestando a las 19 preguntas abiertas, de forma individual y anónima, en base a su experiencia y lugar de trabajo. Previamente, rellenaron el cuestionario estructurado de 29 preguntas. Una vez finalizada, me la enviaron para que procediera a su análisis posterior.

Tabla 47

*Resumen del análisis del discurso.*

RESPUESTA	SUJETO 1 CSM*	SUJETO 2 CAP*	SUJETO 3 CAD*	SUJETO 4 CAD*
MOTIVACIÓN ESTUDIOS	Ayuda a los demás	Ayuda a los demás	Ayuda a los demás, defensa derechos humanos	Injusticias sociales
MOTIVACIÓN ACTUAL	Ayuda a los demás	Aprendizaje (práctica y teoría)	Ayuda, cambio social	Hacer feliz a los demás
OTROS ESTUDIOS	No	No	Si, Ciencias del Trabajo	Si, parte de Psicología
DISCIPLINA QUE QUIERE ESTUDIAR	Psicología	Filosofía y Ética	N/A*	N/A*
CUALIDADES Y CONDICIONES DE UN TRABAJADOR SOCIAL	Capacidad de escucha Observar Capacidad ponerse en lugar del otro	Vocación de ayuda Formación	Compromiso Escucha Interés por “ayuda” Pensamiento crítico Tesón	Sensibilidad Haberse trabajado sus conflictos previamente
FUNCIONES QUE DESEMPEÑA	Gestión Información y orientación Asesorar Contención Informes	Asistencial Intervención en participación comunitaria	Valoración DIS individual y grupal Prevención Coordinación de recursos	Acogida Orientación Valoración Acompañamiento social

<b>INTERVENCIÓN EN TODOS LOS CASOS</b>	No, solo cuando es necesario	No, solo a petición de usuario o derivación	No, reparto de pacientes en equipo	Si
<b>LOGROS COMO TS</b>	Ninguno en especial	Ayudar	Casos de no reconocimiento	Pacientes socialmente integrados
<b>CARRERA PROFESIONAL: VARIABLES FACILITADORAS</b>	Conocimiento de otros trabajadores sociales	Prácticas	Contratación pública Otros trabajadores sociales	Trabajo interdisciplinar
<b>MALLA CURRICULAR: DEBILIDADES</b>	Falta de práctica	Falta de conocimientos de otras disciplinas	Falta de conexión teoría y práctica Falta de reflexión ética	Falta de especialidad
<b>MALLA CURRICULAR: FORTALEZAS</b>	N/C*	Campo de prácticas	Conocimientos	Diversidad de asignaturas
<b>MIEDOS DE INTERVENCIÓN SOCIAL</b>	No saber diagnosticar y entender a la persona	N/C*	Precipitación	Imagen del usuario de TS como gestor de recursos
<b>RELACIÓN TS Y OTRAS DISCIPLINAS DESDE LA INTERVENCIÓN</b>	Buena	Coordinación continua	Lenta, difícil consenso para la acción	Mutuo respeto
<b>RELACIÓN TS Y OTROS PROFESIONALES</b>	Buena	Buena	Buena, de respeto	Mutuo respeto
<b>MODELO SERVICIO/ DISPOSITIVO</b>	Ni favorece ni limita	Desarrollo de la profesión con libertad	Lo favorece y enriquece	Favorece
<b>CASOS PARA CASA</b>	Pocos	Ninguno	Trabajar con personas	Ninguno
<b>TS SANITARIO: CAMPO DE ESPECIALIZACIÓN</b>	Si, equipo para mejorar salud	Si, necesario	Necesario formación continua	Si, necesidad de ampliar conocimientos

Nota: Elaboración .propia. Abreviaturas: \*CSM: Centro de Salud Mental; \*CAP: Centro de Atención Primaria; \*CAD: Centro de Atención a Drogas; \*N/A: No aplica respuesta; \*N/C: No contesta.

#### **8.4.2. ANÁLISIS.**

Bloque 1: Datos de registro de la entrevista.

Bloque 2: Datos personales del entrevistado:

En el estudio participaron cuatro sujetos todas mujeres, de edad comprendida entre 34 y 56 años, trabajadoras sociales del ámbito de salud en la Comunidad de Madrid. Dos están ubicadas, profesionalmente, en un Centro de Salud Mental y un Centro de Atención Primaria y las otras dos en Centros de Atención a Drogodependencias.

Bloque 3: El Trabajo Social:

Realidad formativa y motivaciones. Malla curricular: carencias y debilidades. Opinión sobre cualidades necesarias para desarrollar las funciones de trabajador social.

Las razones que motivan a estas profesionales a comenzar su formación académica en Trabajo Social, y la que expresan seguir manteniendo de forma indirecta, en todas las respuestas recogidas es, principalmente, la relación de ayuda, seguido de la defensa de los derechos humanos y la lucha contra las injusticias sociales.

Un 50%, ha estudiado parte de Psicología y Ciencias del Trabajo. El otro 50% de las encuestadas carece de otros estudios, a parte de los de Trabajo Social. Manifiestan interés por la psicología y filosofía y letras, formación con la que les hubiera gustado complementar su malla curricular.

Se reconoce, por varias de las encuestadas, la necesidad del conocimiento de otras disciplinas y, por tanto, el trabajo interdisciplinar, como una variable que compensa esta carencia dentro de la carrera profesional.

En cuanto a las cualidades y condiciones que tendría que tener un trabajador social destacan: la empatía, la capacidad de escucha, la capacidad de observación, la vocación, la formación, el tesón, el pensamiento crítico y la sensibilidad.

#### Bloque 4: El desempeño profesional:

Este concepto se desglosa en aspectos relacionados con su realidad profesional, sus funciones, el universo en el que realizan la intervención, los logros y obstáculos en su carrera profesional, las relaciones interdisciplinarias, implicación y el Trabajo Social Sanitario como especialidad.

Respecto a las funciones que desarrolla un trabajador social, aportan las siguientes respuestas:

- ✓ “Asistencia y prevención, realizando una detección precoz y tratamiento de las necesidades sociales y de las causas que podrían generar problemáticas”.
- ✓ “Acogida como puerta de entrada y atención directa a individuos o grupos en situación de riesgo o dificultad social”.
- ✓ “Información, valoración y orientación y gestión de recursos”.
- ✓ “Contención, entendida como la capacidad para percibir y recibir la ansiedad del otro, facilitando la comprensión de sus emociones y, en consecuencia, la elaboración de una respuesta adecuada”.
- ✓ “Coordinación con otros recursos e instituciones”.
- ✓ “Planificación y diseño de la intervención social individual, grupal y comunitaria”.
- ✓ “Realización de informes”.
- ✓ “Acompañamiento social durante todo el proceso de cambio de la persona”.

Llama la atención, de manera especial, que en un caso defina su función como “Fundamentalmente asistencial y de participación comunitaria”.

Al hablar de los logros obtenidos a lo largo de la trayectoria profesional, se vuelve a poner de manifiesto el tema de la relación de ayuda, especialmente a aquellos casos que, en sí mismos, no aportan un reconocimiento social. También se destaca la intervención con personas socialmente integradas.

Al referirse a las variables facilitadoras expresan que éstas son “Muchas menos que los obstáculos”. Algunas estarían referidas a “poder hacer prácticas en los tres años de carrera en diferentes campos de trabajo”, el hacer “trabajo interdisciplinar” o la posibilidad de hacer “entrevistas en coterapia”.

Los miedos más comunes que reconocen los trabajadores sociales al enfrentarse a una intervención social son: la “precipitación”, “no realizar una buena comprensión del problema de la persona”, “realizar un buen diagnóstico del verdadero problema”, y, como profesional, “ser visto como un mero gestor de recursos”.

Se manifiesta la necesidad de coordinación y relación con otras disciplinas, pero también se reconoce la dificultad que esto supone en la toma de decisiones y acuerdos y es significativo la “baja valoración de nuestra profesión”, las “faltas graves de compromiso ético, incursiones en racismo”, “inmovilismo institucional y gran interés por la productividad en lugar de la calidad de los servicios” o “la falta de formación, la falta de convocatoria de plazas, la falta de reconocimiento en la institución y el que los y las trabajadoras sociales fuésemos más proactivos en el desempeño de la profesión”.

La mayoría manifiesta que, a pesar de esta dificultad, existe una relación de mutuo respeto entre todas las disciplinas, independientemente del dispositivo en el que se desarrolla la intervención social.



Resumiendo sus respuestas, consideran que la coordinación es imprescindible para garantizar el desarrollo de una visión integral y flexible dentro del ámbito sanitario.

En cuanto al modelo de intervención del dispositivo o servicio en el que se desarrolla la intervención, el 50% reconoce que desarrolla su profesión con libertad, y, casualmente, dos de los profesionales que pertenecen al mismo dispositivo (CAD), manifiestan que el modelo de trabajo facilita y enriquece la intervención social.

El 75% reconoce no llevarse “los casos a casa”, intentando distanciar el terreno profesional de lo personal.

Se reconoce como debilidades la “falta de formación práctica”, también que “falta teoría que forme profesionales especializados (especialidad en trabajo con personas sin hogar, o con drogodependientes, o con infancia...)”. También se señala la necesidad de añadir “una asignatura específica para la ética profesional y la reflexión sobre el ejercicio de la profesión, (perspectiva de género, racismo, rechazos a colectivos específicos)” y, en esa misma línea, la necesidad de ampliar “conocimientos en algunas disciplinas como la filosofía y la ética, posiblemente también crítica y análisis.”

Respecto a la especialización en Trabajo Social, la mayoría expresan su apoyo a esta opción basándose en que se “requiere conocimientos extensos de otras áreas clínicas” y porque “la especificidad es la base en todos los campos del trabajo social. Necesitamos saber más que ser generalistas.”. También está la opción contraria a la especialización argumentando que “la movilidad funcional es necesaria en nuestra profesión. Una profesional que se categoriza y se especializa, está viendo limitada esa movilidad y quizás esto se traduzca en un enquistamiento y al final en una mala praxis profesional. Lo más interesante de esta profesión, para mí, es que te capacita para abordar muy diferentes realidades”.

## **CAPÍTULO 9. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.**

Aunque el objetivo de la investigación se centraba en conseguir una aproximación al ámbito del Trabajo Social en el campo de la salud, tal vez la principal aportación de este estudio sea mostrar que el paradigma biopsicosocial de la salud, si bien tiene una aceptación reconocida y traducida a la mayoría de la literatura especializada, sigue siendo un horizonte que todavía no se ha alcanzado a nivel práctico. Parte de la reflexión ya la he ido realizando desde la exposición teórica. En estos capítulos he ido mezclando la información objetiva de la literatura con aportaciones personales, fruto de mi experiencia profesional y de la riqueza que da el intercambiar opiniones, satisfacciones y preocupaciones con tantos colegas de profesión durante estos años.

Un ejemplo más de la ausencia del Trabajo Social en el ámbito sanitario lo encontramos en la clasificación de profesiones sanitarias extraídas de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre, citada en varios capítulos, o en los datos que se ofrecen en la Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados que elabora el Instituto Nacional de Estadística.

También en capítulos anteriores he abordado el tema del número de profesionales del Trabajo Social en los principales dispositivos sanitarios. Concurren unas circunstancias tan peculiares como las que se dan en la mayoría de los centros de atención primaria donde un solo profesional del Trabajo Social tiene que atender más de un centro o la que se da en la sanidad privada, donde en algunos de los centros sanitarios, ni tan siquiera existe esta figura, como señalaba a lo largo del Capítulo 5. En dicha sección incidía en esta reflexión al comentar como, en el “Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países con ingresos bajos y medianos” de OMS, el trabajo social se incluye dentro de la categoría de “otros grupos primarios relacionados con la salud”, compartiendo espacio con los psicólogos. Esto no guardaría relación con la

definición de salud desde la perspectiva biopsicosocial de propia la OMS, tantas veces señalada en estos capítulos.

Tanto en el caso de la Ley 44/2003 como en esta categorización profesional de la OMS, queda claro que la perspectiva social no está relacionada con la presencia de los profesionales que abordan de manera específica y especializada la intervención sanitaria desde el ámbito social o psicológico.

Podemos encontrar parte de la explicación, como indicaba en el Capítulo 5, en que, aunque efectivamente el concepto de salud ha evolucionado desde lo biológico a lo biopsico-social, de lo curativo a lo preventivo, de lo monocausal a lo multicausal y de lo individual a lo colectivo, la articulación práctica de esta evolución dentro del sistema sanitario todavía no ha logrado su desarrollo. Sigue planteando su enfoque, prioritariamente, desde el concepto de enfermedad como factor definitorio, sin darle igual relevancia a otros factores de carácter social o psicológico que hay que atender y que nos tienen que llevar a cambiar los canales clásicos de atención.

Concretando un poco más, el objetivo que perseguía en esta tesis era profundizar e intentar conseguir una aproximación sobre la opinión de los trabajadores sociales acerca de su conocimiento teórico y de su desempeño laboral, así como también conocer su grado de satisfacción laboral y los posibles motivos de ésta. Además, con la investigación también he conseguido obtener un perfil del trabajador social sanitario que ejerce su desempeño profesional en Madrid. Si bien he logrado los objetivos, considero interesante que, en un futuro, se pueda profundizar en esta investigación ampliando el universo del estudio a más profesionales.

Según los datos expuestos en el capítulo 8, comentar que el perfil obtenido en los cuestionarios es el de una profesional mujer de una edad media de 45,4 años, casada y con una titulación inicial de Diplomada en Trabajo Social en la Universidad Complutense, donde, aproximadamente, la mitad de la población ha actualizado su titulación universitaria.

No suelen ejercer la dirección de equipos multiprofesionales, realizando esta función, solamente, desde la coordinación de equipos integrados por profesionales del Trabajo Social, generalmente en centros hospitalarios. Con esto se concluye que el perfil general desarrolla su labor profesional dentro de la categoría técnica.

La motivación que expresa para formarse y la que mantiene está vinculada con el concepto de relación de ayuda.

A pesar de que está profesionalmente satisfecho con su tarea, describe varios aspectos de descontento, relacionados, especialmente, con la falta de reconocimiento como profesional sanitario y el tipo de relaciones establecidas con las otras disciplinas respecto a la intervención.

Respecto a las hipótesis que planteaba en esta investigación, describir que se han confirmado parcialmente. Siete de manera afirmativa y una de manera negativa. Existen, además, dos en las que los resultados no alcanzan los niveles de significación establecidos, debido a problemas de diseño en el instrumento o en la muestra.

Aún así, considero que los datos extraídos de la investigación aportan una información relevante y que ayudan a reflexionar sobre el Trabajo Social Sanitario y su posicionamiento dentro del paradigma biopsicosocial de la salud y a continuar profundizando en este ámbito.

A continuación expongo algunas de las conclusiones extraídas.

El hecho de que el perfil de personas que han colaborado en el estudio base (Cuestionario nº 1) sea, casi en su totalidad, de mujeres (97%) corrobora que el Trabajo Social en el ámbito de la salud es una profesión altamente feminizada.

El hecho de no ser una profesión considerada como sanitaria, según queda reflejado en los datos expuestos al principio de este capítulo y de manera especial a los relacionados con la clasificación de profesiones sanitarias extraídas de la Ley 44/2003, considero que influye en la limitación de su techo en la promoción profesional. Considero que ésta es una de las causas por las que no están ejerciendo funciones de dirección/coordiación de centros sanitarios.

Esto, según se refleja en el Cuestionario nº2 y en las aportaciones personales que han realizado, es una de las causas de baja satisfacción laboral. Los resultados están en sintonía con lo expuesto en el Capítulo 6, donde se indicaba la importancia, para una satisfacción laboral positiva, de potenciar el desarrollo personal y de “la importancia de la formación como modo de preparar al trabajador para futuros puestos” defendiendo también la necesidad de “recompensas basadas en el desempeño organizacional.” La motivación del trabajador y la satisfacción del mismo, como se indicaba en el citado capítulo, son variables a tener en cuenta para la “construcción de un adecuado ambiente laboral.”

La investigación también arroja un dato interesante: la satisfacción laboral positiva está más ligada a aspectos relacionados con la propia ejecución de su tarea profesional que a aspectos más generales, que tengan que ver con el posicionamiento del Trabajo Social en el conjunto del dispositivo. Es decir, el profesional está satisfecho con su labor profesional y con la evolución que tiene por parte de los propios usuarios y familiares.

A la hora de evaluar la utilización de los modelos, llama la atención que las explicaciones que aportan para aclarar por qué estos no satisfacen las demandas recaen sobre los propios modelos y sobre la necesidad de mejorar los mismos. Al leer estos datos me fue casi imposible el cuestionarme por qué, si a alguien no le satisface un modelo, no elige otro que satisfaga mejor su aplicación y resultados.

Esto puede deberse a la falta de formación en modelos y, sobre todo, en la aplicación de los mismos en la práctica cotidiana. Los resultados coinciden con la conclusión del análisis del discurso obtenido de las entrevistas realizadas.

Frente a los modelos empleados en los centros, según expresaban los profesionales, me parece interesante contrastar este dato con lo que ellos veían desde su práctica profesional diaria. El objetivo era el de comparar si coincidían. Los resultados que arrojaba esta cuestión señalaban, en ambas contestaciones, como modelo más utilizado el Biopsicosocial, seguido del Biomédico y posteriormente el Sistémico.

Respecto a los modelos de aplicación en sus dispositivos, aclarar que las contestaciones mostraban que en algunos centros convivían dos modelos como motor de sus intervenciones.

Esto, desde mi punto de vista, es de difícil comprensión ya que, si el modelo predominante es el Biopsicosocial, donde la visión es integral, es complejo entender la convivencia con un modelo Biomédico, que aparece como segundo modelo más identificado. En este caso, la parte sí se convierte en el todo, hace que el todo inicial se difumine predominando la respuesta parcial frente a la integral.

Respecto a la importancia sentida por el trabajador social en relación a su papel dentro de la intervención del equipo, comentar que un 70% expresan no intervenir desde el momento de la valoración inicial y solo hacerlo a demanda externa. Esto está en concordancia con la citada Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que perfila de manera lineal y simple el itinerario de la salud exclusivamente desde la intervención clínica. Aspecto en contraposición con la apuesta de realizar un diagnóstico desde una perspectiva biopsicosocial real.

Llama la atención, en ambos cuestionarios, que el grado de satisfacción con su desempeño es alto. En las respuestas ofrecidas en el primer cuestionario, ha habido más aportaciones a los aspectos de mejora que señalamientos de aspectos positivos. Como he mencionado anteriormente, esto motivó la inquietud por seguir profundizando en el concepto y hecho de la satisfacción laboral.

A pesar de expresar bastantes más ítems de mejora e insatisfacción que de satisfacción, la autopercepción de su desempeño profesional es positiva mostrando ambigüedad en las respuestas.

No sé si esta ambigüedad viene influenciada por el “atractivo” de su propio desempeño, generando un efecto halo (Thorndike, 1920), o si es una opinión sin ningún sesgo cognitivo.

De todos modos, lo que si nos deja el segundo cuestionario es que la franja donde se produce una satisfacción laboral más baja coincide con el grupo de profesionales más veteranos y que llevan trabajando más de 5 años.

En lo que se refiere a las limitaciones de este estudio, éstas se dividen entre los aspectos teóricos y metodológicos. En términos teóricos ya se advertía la casi inexistente evidencia empírica sobre la labor profesional de los trabajadores sociales en el sector de la salud, e incluso de estudios estadísticos que den cuenta de sus intervenciones, lo que impide realizar el contraste de los resultados con otras investigaciones.

En términos metodológicos, en la muestra no participaron un porcentaje significativo de trabajadores sociales de centros hospitalarios y de atención primaria, respecto a los de otros dispositivos. Debería haber existido mayor presencia en la respuesta ya que, en estos espacios, es donde se encuentra el mayor número de profesionales. Este aspecto habría sido un aporte interesante en el análisis y en la posibilidad de contar con una muestra más representativa

del universo sujeto a estudio. Atribuyo la falta de implicación al filtro que supone el tener que acceder a los profesionales no de manera directa, si no por medio de un profesional coordinador, lo que resta el trabajo de motivación que realiza el encuestador. Por otro lado, creo que la propia dinámica de trabajo hace que todos nos sintamos poco propensos a participar en acciones diferentes a lo que significa nuestra tarea principal que es la que se nos exige por el puesto.

Otro rasgo metodológico se relaciona con las variables evaluadas. Por esto he creído relevante incluir una escala para medir la satisfacción laboral, elemento que estaba sometido a estudio y en el que no se llegaba a conclusiones relevantes con el primer cuestionario.

Con todo esto y poniéndolo en relación con la investigación documental anterior, he llegado a varias reflexiones o inquietudes que me gustaría plasmar en este apartado.

Las intervenciones con personas que se encuentran en un proceso de pérdida de salud deben de realizarse contemplando a la persona en el centro de la intervención y no la enfermedad. Por lo tanto, debe sustentarse en las diferentes disciplinas que establecerán sus sistemas de apoyo para superar esta situación o, por lo menos, evitar que deteriore, en gran medida, su calidad de vida.

Dichas intervenciones han de tener en cuenta que este grupo no es homogéneo, más bien se trata de un grupo que presenta una gran diversidad de factores que pueden influir en su proceso de pérdida de salud: el tipo de enfermedad, la existencia de redes de apoyo formales o informales, la edad, el sexo, el estatus socioeconómico, la localización geográfica, el acceso a los recursos, el grado de dependencia física o la pertenencia étnica, entre otros.



Desde el punto de vista técnico, las intervenciones en salud tienen que incorporar el diagnóstico social a la evaluación del caso. En este sentido, es importante que los profesionales de la salud realicen un análisis, individual, grupal o comunitario, de su situación, contemplando la perspectiva social de la persona o grupo y que permita enfrentar con éxito el proceso de pérdida de la salud que le ha llevado hasta el sistema sanitario.

A pesar de que en el período de 1950 a 1960 se catalogaron las funciones de los trabajadores sociales en los hospitales, en la circular 28/1977 Instituto Nacional de Previsión, la Ley 41/2002 expone los documentos a considerar en todo lo referido a la intervención: historia clínica, informe clínico, certificado médico y el informe de alta médica. Estos documentos definen claramente este posicionamiento respecto al concepto de salud, sobre todo si vemos que no se mencionan ni la historia psicológica ni la historia social, aunque en la realidad si se realicen. El cuidado de la salud parece finalizar con la intervención médica y con el fin de su estancia en el dispositivo especializado.

El diagnóstico social utilizado por el Trabajo Social resultaría eficaz para la recopilación de información sobre la situación del individuo y las redes de apoyo social que éste tiene. De esta manera se recupera la perspectiva del propio individuo en sus redes de apoyo social, indagando en los aspectos estructurales, funcionales, su posicionamiento respecto de la persona y la capacidad de funcionar como soporte de la misma en su proceso de recuperación o estabilización de la enfermedad. Esto tiene especial importancia en el trabajo con personas mayores, menores, dependientes o con problema de adicciones y/o salud mental y también en el caso del colectivo de personas en grave exclusión como puede ser las personas sin hogar. En este último es donde me encontrado con los casos más extremos de los colectivos citados y donde las carencias sociales son tan importantes que la simple atención bioclínica puede no suponer ninguna solución a sus carencias de salud y a la apuesta por su bienestar.

Por este motivo, contemplo que una disciplina como el Trabajo Social no solo busca intervenir sobre la enfermedad y las consecuencias sociales que conllevan, sino también sobre la prevención de las mismas.

Al incorporar el diagnóstico social en las intervenciones clínicas tradicionales se facilitaría la adopción de medidas preventivas positivas en una amplia variedad de situaciones y sucesos que, en caso contrario, podrían incidir en el empeoramiento de la persona o de la comunidad. Un ejemplo bastante cotidiano en mi ámbito profesional. ¿Cómo se puede proponer una acción rehabilitadora a nivel traumatológico a una persona cuando esta no tiene capacidad ni red para acudir al centro por su cuenta, economía para solucionar este problema o comprarse la medicación y lo que es más grave, a veces, ni tan siquiera la capacidad para poder incorporar a su modo de vida unos hábitos como conseguir llegar a un sitio en el día y a la hora?

Desde la intervención social con familia, teniendo en cuenta que dicho grupo es el principal soporte, a veces, de las personas que sufren una enfermedad, sobre todo de índole crónica o discapacitante, se debe fortalecer el trabajo con esta red para investigar y, si fuera posible, favorecer su capacidad de apoyo. Los trabajadores sociales han de incorporar, en sus intervenciones, al entorno familiar y, dentro de esta y de manera muy especial, a la figura del cuidador/a principal, facilitándole herramientas y el entrenamiento en habilidades así como poniéndole en referencia y conexión con los programas y servicios sociales. Con esto se le prepara y favorece para la tarea de afrontar, familiarmente, las crisis propias generadas por la enfermedad.

Cuando se habla de cuidadores, solemos pensar en los familiares de las personas mayores o con una gran discapacidad, pero también tenemos que considerar a las parejas, padres de hijos con enfermedades graves e incluso a personas mayores que deben ejercer el rol de cuidador de sus hijos o nietos, como se ve tan frecuentemente en el campo de las adicciones.

Desde la intervención social con grupos, la investigación nos ha aportado algunas iniciativas donde los trabajadores sociales intervienen más desde el plano preventivo con personas. Un campo interesante y muy utilizado por esta disciplina ha sido el del soporte a la creación y sostenimiento de movimientos asociativos de autoayuda o de apoyo. Muchos de estos grupos han demostrado los beneficios terapéuticos que aportan al individuo y a su contexto familiar, especialmente, además de impulsar el desarrollo de la autonomía de la persona. Este es un espacio donde el trabajador social puede jugar un papel de conexión importante entre el recurso profesional, el espacio social y el propio individuo desde la potenciación de estrategias participativas y de empoderamiento en su propio proceso de recuperación de la salud.

El desarrollo de líneas de actuación relacionadas con la intervención social comunitaria, escenario privilegiado para trabajar de manera especial el campo preventivo, es otra área de interés para una mayor profundización. No se trata solamente de mejorar las coordinaciones territoriales o sectoriales, sino de apostar por estrategias realmente comunitarias, como las iniciativas del estilo de los Planes de Desarrollo Comunitario. Este último tipo de iniciativas es relevante.

Es importante incluir al entorno relacional y geográfico en su proceso de intervención ya que, a veces, existen recursos vecinales, privados o religiosos que se pueden convertir en fuente de apoyo para la persona o su familia en esos momentos. El trabajador social es, quizás, la figura que puede trabajar desde la coordinación real entre la familia, vecinos, amistades y otros sistemas de atención (Servicios Sociales, Dependencia, Red de Salud Mental, etc.) evitando la fragmentación de los sistemas de apoyo formal e informal.

La participación, como modo de defensa de los derechos sociales ciudadanos, es una interesante vía de investigación dentro de este espacio teórico, ya que permite introducirnos en temas relacionados con los ámbitos comunitarios. Al hilo de las movilizaciones ciudadanas han nacido iniciativas cuyo conocimiento sería de gran interés.

También es interesante la implantación de un plan sociosanitario que permita coordinar las intervenciones sanitarias con las intervenciones sociales. Ambas visiones son transversales a la persona y, si la perspectiva es biopsicosocial, este es un camino de mejora de la atención y también donde el Trabajo Social tiene su espacio.

Como línea, al menos de reflexión, me refiero a lo regulado en el Real Decreto 137/1984. Desde el mismo se posibilita la libertad de elección de médico, enfermero, pediatra en atención primaria y de médico y hospital en atención especializada, ya aprobados con anterioridad en la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid. La ausencia del Trabajo Social en este tema va unida a la exclusión de la clasificación de personal sanitario pero, también, a la desigualdad que tiene el ciudadano de no poder a elegir su profesional social de referencia.

Durante este estudio me he encontrado aspectos que, a modo de reflexión y sugerencia, podrían constituir futuras líneas de investigación.

La primera, y que me parece esencial, sería la de tener un estudio pormenorizado del número de trabajadores sociales por centro, a qué servicios dan cobertura y qué ratio de población potencial tienen que atender, poniéndolo en relación con los profesionales de la salud sobre los que sí existen estos datos, tanto en atención primaria como en especializada.

Respecto a la formación sobre los elementos teóricos conocidos y su aplicación práctica en la intervención social, considero que sería interesante conocer si existen metodologías específicas predominantes según el ámbito de la salud donde se intervenga o si, por el contrario, este factor depende más de la visión personal del profesional.

También sería interesante ver si la práctica profesional ha influido en esa apuesta metodológica o en el cambio a otra. También en qué momentos ha adquirido la formación en este tema, si fue previo al ejercicio profesional en el campo de la salud o se adquirió en el ámbito académico de procedencia.

Sería necesario profundizar más acerca del momento en el que comienza a intervenir el Trabajo Social con la persona y los factores que influyen para que se incorpore desde el primer momento en la intervención o que, por el contrario, su incorporación se produzca en fases posteriores.

Al hilo de esto, y desde otro enfoque, sería interesante, como ya señale anteriormente en este capítulo, abordar el tema del derecho a la salud y su acceso a él en determinados colectivos muy vulnerables o en situación de exclusión. En estos colectivos, la perspectiva y acción bioclínica, en sí misma, no responde de manera adecuada a sus problemas de salud.

En conversaciones informales con algunos profesionales contactados, se ha abordado el tema del intrusismo profesional con preocupación. Este lo identifican en las intervenciones que otras profesiones realizan en la gestión de recursos y en la coordinación sociosanitaria con entidades externas al dispositivo. Considero que estas acciones no tienen que ver con el Trabajo Social Sanitario en sí, a menos que la perspectiva metodológica del centro o del propio profesional deje acotadas sus funciones a una mera gestión de recursos. ¿Cuántos profesionales viven la realidad de ser gestores de recursos? ¿Cuántos realizan sus intervenciones desde el inicio de la llegada al servicio y con el diseño de planes de intervención social? Aún así, profundizar en el intrusismo profesional, real o sentido sería interesante para ver el posicionamiento de la profesiones respecto a la intervención en área social.

Sería útil seguir profundizando en la satisfacción laboral e identificarla con los tipos de dispositivos o áreas de intervención poniendo este dato en relación con la cuantificación de su número de consultas y su carga laboral, la evaluación de los programas de intervención, con la idoneidad de los recursos

utilizados, de la propia utilización del servicio en relación a los otros del hospital o de la calidad del mismo, entre otros posibles indicadores.

La cuestión de la satisfacción laboral también añade interés para ampliar, en futuros estudios, esta cuestión poniéndola en relación con otros factores como la motivación y la vocación. La característica vocacional de la profesión como elemento relacionado con la valoración positiva que muestran los profesionales en el desempeño de sus funciones y tareas, e incluso con el trabajo propio realizado. Por otro lado, la falta de motivación puede ser una causa de baja satisfacción, sobre todo en los profesionales más veteranos, debido a la situación de invisibilidad profesional, en algunos ámbitos dentro del sector sanitario y sobre todo en la limitación de las posibilidades de promoción que tiene este colectivo.

Por último, en lo que respecta a los efectos de la satisfacción laboral de los trabajadores sociales, resulta importante profundizar en los efectos que tiene el no reconocimiento como profesión sanitaria, la intervención desde apuestas que tengan que ver con perspectivas biopsicosociales o, por el contrario, donde se ponderen más unas visiones que otras. También sería interesante, a otro nivel, investigar como la aplicación de modelos que no se integran en esta perspectiva influyen de manera positiva o negativa en el proceso de recuperación o estabilización de la salud y de la mejora de la calidad de vida.

Concluyendo, después de todo lo expuesto anteriormente, lo primero que tenemos que poner en relieve es que no existe un concepto de Trabajo Social en el ámbito de la salud homogéneo y hegemónico, sino diversas expresiones y orientaciones que se han generado de acuerdo con el ámbito de actuación en el que desarrolla su labor y el tiempo en el que se han generado sus intervenciones sociales.

Esto no significa que no existan principios rectores y categorías de análisis compartidas universalmente por el colectivo de trabajadores sanitarios tanto a nivel general como dentro de sus respectivos campos de especialización profesional. Ambos niveles deben de coexistir sirviendo de principios orientadores de la intervención social, siendo la especificidad del campo de intervención la que defina la metodología particular que se requiere.

Por esta misma razón, tampoco tiene sentido el intentar homogeneizar la apuesta metodológica desde una postura única e inequívoca para todos los ámbitos y circunstancias sociales, sino que deberán existir modalidades de Trabajo Social Sanitario diferentes y que, a su vez, irán recreándose frente a la especificidad del área en el que intervengan y el dinamismo propio que tienen los conceptos de salud y enfermedad. Estos cambios se unen a los sociales, económicos y políticos lo que nos deja la absoluta certeza de no conocer cómo afectarán los cambios producidos a la salud en general y a las desigualdades que se producen en el ámbito sanitario. Para afrontar esta realidad cambiante, la sensibilización y la formación, especialmente en el campo de los determinantes sociales, será fundamental e intrínseco a un buen abordaje de la salud.

Respecto al citado tema de la formación, mencionar dos aspectos. El primero que es una demanda expresada a la que hay que dar respuesta. En segundo lugar que, con la nueva formación especializada y contemplada dentro del ámbito de ciencias de la salud, se produce otro giro en la historia del Trabajo Social. Es una oportunidad para seguir ahondando en la formación y en un reconocimiento profesional equitativo al de otras disciplinas del ámbito sanitario.

A todo esto se suma la necesidad de fomentar el cuidado de los profesionales evitando situaciones de excesivo parcelamiento o aislamiento profesional y potenciando la seguridad y la estima de los mismos. Esto favorecería una mayor motivación y una mejora de la satisfacción laboral. Educar a los equipos y directivos en el trabajo real en equipo como base al

apoyo mutuo entre profesionales, serviría también para mejorar el afrontamiento de las exigencias emocionales que están asociadas a la intervención con los usuarios y sus familiares.

Replantear, si es necesario, la organización del trabajo, de forma que se reduzca el tiempo improductivo asociado a los desplazamientos y atención en más de un centro. Esto iría unido a la reflexión sobre la ratio profesional. Las otras profesiones, médicos y enfermería, no están asignados en dos o tres centros a la vez,

También, como indicaba en el Capítulo 5, rediseñar, “deconstruir la práctica clínica tradicional y defender el rol del trabajador social y de las instituciones clínicas como mediadores socioculturales entre el individuo y el contexto” (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, CINE, 1997). Mientras que esto no sea así, recreando la reflexión realizada sobre la niveles de educación y formación relacionados con las profesiones sanitarias según la mencionada Clasificación, las conclusiones me llevan a afirmar que el Trabajo Social es una profesión relacionada con la salud pero que no se contempla dentro de la categoría de profesión sanitaria, aunque según la definición de la OMS, podría ser contemplada como tal.

Como ya comente en capítulos anteriores, el Trabajo Social tiene que tener protagonismo, no solo por ser el especialista del abordaje social en salud, sino como principal elemento de conexión entre dos sistemas, el Sanitario y el Social, consolidados como parte fundamental del Estado Social y de Derecho, o dicho de otra manera, del Estado de Bienestar. Esta importancia de los social es inevitable, sobre todo cuando tenemos por delante, como expongo en el Capítulo 3, un escenario perfilado por el envejecimiento que se produce en España y donde la acometida social tendrá, inevitablemente, una mayor presencia a la hora de realizar una intervención integral.



Al hilo de esto, se tendría que profundizar en el rol que desempeña el Trabajo Social en el ámbito sanitario, qué se espera de él, si estas expectativas encajan con el rol que el profesional siente en su profesión, la imagen que proyectamos, etc. En definitiva, retomando los cuestionamientos que ya formulaba en el Capítulo 3: ¿Qué somos en y para el ámbito sanitario?, ¿Qué se espera de nosotros y que creemos que deberían esperar realmente?, ¿Es esto parte del origen de esa cierta insatisfacción compartida que nos encontramos?, ¿Cómo influye esto a los profesionales y a sus respuestas?

Más allá de tener o no la acreditación como profesión sanitaria, de mejorar o no nuestra formación, de que exista o no equidad en la posibilidad de promoción y remuneración o del posicionamiento que tenemos en los equipos multicdisciplinarios, lo que me parece realmente importante es que tiene que ser irrenunciable el optar por la atención desde el triángulo del bienestar. Las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales tienen que contemplarse de manera ponderada. Mientras que no sea así, quien realmente no estará contemplado adecuadamente será el ser humano en su integridad.

## BIBLIOGRAFÍA

Adams, R., Dominelli, L. & Payne, M. (2009). *Critical practice in Social Work*. New York: Palgrave Macmillan.

Agencia EFE. (2008). Una discoteca de Valencia sortea una operación de aumento de pecho, *Diario de Sevilla*. Recuperado de: [http://www.diariodesevilla.es/sociedad/discoteca-Valencia-sorteo-operacion-aumento\\_0\\_206079614.html](http://www.diariodesevilla.es/sociedad/discoteca-Valencia-sorteo-operacion-aumento_0_206079614.html)

Agencia EFE. (2015). Entrevista al ministro Alonso: *Los inmigrantes irregulares volverán a tener derecho a la atención primaria*. Recuperado de: <http://www.efesalud.com/noticias/los-inmigrantes-irregulares-volveran-a-tener-derecho-a-la-atencion-primaria/>

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). (2004). *Libro blanco título de grado en Trabajo Social*. Recuperado de: [http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco\\_trbjsocial\\_def.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf)

Agència Valenciana de Salut (2012). *Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario*. Valencia: Generalitat Valenciana.

Aguilera de Prat, C.R. (2005). *La teoría bolchevique del estado socialista*. Madrid: Tecnos.

Alarcón, 1988. E. Op. cit. Cfr. Choza J. *Manual de antropología filosófica*. Madrid: Rialp.

Alemania. (1930). *Constitución del Imperio (Reich) Alemán, de 11 de agosto de 1919. Textos Constitucionales españoles y extranjeros*. Zaragoza: Athenaeum. Recuperado de: <http://myslide.es/documents/constitucion-de-weimar-1919-55ab5614d1d6b.html>.

Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sánchez-Pérez, I., Colomé, L., Llopart, J.R., Ferran, M. & Vázquez, M. L. (2013). A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Quality Health Care*. Vol.25, N°3, pp. 291-299. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23425531>

Aller, M. B., Vargas, I., Waibel, S., Coderch, J., Sánchez-Pérez, I., Llopart, J.R., Colomé, L., Ferran, M., Garcia-Subirats, I. & Vázquez Navarrete, M. L. (2013). Factors associated to experienced continuity of care between primary and outpatient secondary care in the Catalan public healthcare system. *Gaceta Sanitaria [online]*. Vol.27, N°3, pp. 207-213. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981418>

Álvarez Llorente, G. (2005). Análisis empírico de los determinantes de la satisfacción laboral en España. *Revista de Economía y Empresa*. Vol. 22, N° 52-53, 2004-2005, pp. 105-118. Madrid. Academia Europea de Dirección y Economía de la Empresa, AEDEM.

Álvarez-Uriá, F. & Parra, P. (2014). The bitter cry: materiales para una genealogía de la identidad profesional de las pioneras del Trabajo Social en Inglaterra y los Estados Unidos. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 27, N° 1, (Ejemplar dedicado a: Intervención social en tiempos de sufrimiento social), pp. 93-102. Madrid. Universidad Complutense.

American Psychiatric Association. (2014): *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5º Ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ander-Egg, E. (1993). *Técnicas de investigación social (23ª edición)*. Buenos Aires: Magisterio del Río de la Plata.

Aquín, N. (1995). Acerca del objeto del Trabajo Social. *Revista Acto Social IV*. N°10. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Ariño, M. & Berasaluce, A. (2012). El limbo de la epistemología. En Sobremonte, E., *Epistemología, Teoría y Modelos De Intervención En Trabajo Social. Reflexión Sobre La Construcción Disciplinar En España*. Vol. 13. pp. 229-236. Deusto Digital. Serie Maior. Deusto.

Ariño, M. (2013). Paradigmas y modelos en Trabajo Social: construyendo cuerpos de pensamiento desde la diversidad y la participación. III *Jornadas de Trabajo Social "Compartiendo retos, construyendo futuro"*. Colegio de Trabajo Social de Tenerife. Recuperado de:  
<http://www.colegiotstenerife.org/ficheros/file/miren.pdf>

Armijo Rojas, R. (1994). *Epidemiología básica en atención primaria de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Ayuntamiento de Madrid (2017).Revisión del Padrón Municipal de Habitantes Ciudad de Madrid 1.1.2017. Recuperado de:  
<https://diario.madrid.es/wp-content/uploads/2017/04/Padron-2017.pdf>

Ayuntamiento de Madrid. (1875). *Reglamento general de la beneficencia municipal de Madrid, y particular de las casas de socorro de 7 de julio de 1875. 6ª Tirada*. Madrid: Imprenta municipal Ayuntamiento de Madrid.

Ayuntamiento de Madrid. (2004). *Estatutos del Organismo Autónomo Madrid Salud*. Recuperado de:  
<https://sede.madrid.es/sites/v/index.jsp?vgnextoid=c1367b3cb0e4f010VgnVCM1000009b25680aRCRD&vgnnextchannel=6b3d814231ede410VgnVCM1000000b205a0aRCRD>

Ayuntamiento de Madrid. (2005). *Madrid Salud. Estatutos*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.

Ayuntamiento de Madrid. (2011). *Plan de adicciones de la ciudad de Madrid 2011-2016*. Recuperado de:  
<http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Ayuntamiento/Salud/Adicciones/Plan-de-Adicciones-2011-2016?vgnextfmt=default&vgnextoid=84427e2b70431210VgnVCM2000000c205a0aRCRD&vgnnextchannel=d4ea0c5600847010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

Ayuntamiento de Madrid. (2015). *Informe padrón municipal de habitantes de la ciudad de Madrid*. Recuperado de:  
<http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Publicaciones/Listado-de-Publicaciones/Padron-Municipal-de-Habitantes-2015?vgnextfmt=default&vgnextoid=833e2b0586c1f410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&vgnnextchannel=f1aebadb6b997010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

Ayuntamiento de Madrid. (2016). *Informe padrón municipal de habitantes de la ciudad de Madrid*. Recuperado de: [www.madrid.es/estadistica](http://www.madrid.es/estadistica)

Ayuntamiento de Madrid. (2016). *Página de salud pública del ayuntamiento de Madrid*. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/>

Ballesteros, R., Gómez, E. & Delgado, A. D. (2002). *Historia de la traumatología y cirugía ortopédica*. Universidad de Jaén. Recuperado de: [http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/imperio\\_romano.htm](http://www.ujaen.es/investiga/cts380/historia/imperio_romano.htm)

Banco de España. (2016). *Informe anual 2015*. Madrid. Publicaciones del Banco de España. Recuperado de: [http://www.bde.es/webbde/Secciones/Publicaciones/Relacionados/Fic/c\\_at\\_publ.pdf](http://www.bde.es/webbde/Secciones/Publicaciones/Relacionados/Fic/c_at_publ.pdf)

Banda, T. (2009). El nacimiento de una nueva profesión: el trabajo social. En Fernández García, T., *Fundamentos del trabajo social*. pp. 15-108. Madrid: Alianza Editorial.

Bando Casado, H. C. (1986). Evolución histórica de la protección de la salud en España: desde 1812 hasta la Ley General de Sanidad (1986). *Estudios sobre consumo*, Nº 8, pp. 4. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Beveridge, W. H. (1942). *Report to the parliament on social insurance and allied services*. Traducido por Peris, V. (2008) como "Plan Beveridge". México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS).

Boise State University. (2016). *School of social works. History of social works*. Recuperado de: <http://www.socialworkhistorystation.org/>

Boise State University. (2016). *School of social works. Social Work Degree Guide*. Recuperado de: <http://www.socialworkdegreeguide.com/>

Bonillo, D. & Nieto, F. J. (2002). La Satisfacción laboral como elemento motivador del empleado. *Trabajo: Revista Andaluza De Relaciones Laborales*, Nº 11, pp. 189-200. Huelva: Universidad de Huelva.

Bremer, J. J. (2013). *De Westfalia a post-Westfalia. Hacia un nuevo orden internacional*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Brezmes Nieto, M. (2008). *El trabajo social en España*. Murcia: Edit.um Agora.

Burgos, M. L., Pérez, I. & Sánchez, R. (2009). Trabajo social en el sistema público de salud: atención primaria, hospitalaria y salud mental. Documentos de Trabajo Social. *Edición especial I Congreso Trabajo Social Málaga*. Málaga: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales De Málaga.

Calvo, V. (2010). El objeto de estudio en trabajo social: una visión desde el psicoanálisis, la ley y la estructura. *Portularia*, Vol. X, Nº 2, pp. 9-20. Huelva: Universidad de Huelva.

Canal, J. F. & Rodríguez, C. (2011). Wage differences among PHDs by area of knowledge: are science areas better paid than humanities and social ones? The Spanish case. *Journal Of Education And Work*, Vol. 26, Nº 2, pp. 187-218. Abingdon.

Canal, J. F. (2013). Ingresos y satisfacción laboral de los trabajadores españoles con título de doctor. *REIS: Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, N° 144, pp. 49-72. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.144.49>

Candрева, A. & Paladino, C. (2004). *Cuidado de la salud: El “anclaje” social de su construcción. (Un estudio cualitativo)*. Buenos Aires. Argentina: Universidad Nacional De La Plata.

Cantera-López, F. J. (1988). NTP 213: Satisfacción laboral: encuesta de evaluación. INSHT: Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/201a300/ntp\\_213.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/201a300/ntp_213.pdf).

Capilla, A. & Villadóniga, J. C. (2004). *Los pioneros del trabajo social: una apuesta por descubrirlos: exposición bibliográfica*. Huelva: Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad de Huelva. Servicio de Publicaciones.

Carbonell, M., Fix-Hierro, H., González, H., Raúl, L. & Valadés, D. (2015). *Estado constitucional, derechos humanos, justicia y vida universitaria. Estudios en homenaje a Jorge Carpizo. Estado constitucional, Tomo IV, Vol. 2*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Recuperado de: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3845>

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2000). *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*. Unión Europea, 18 de diciembre de 2000, núm. 364, pp. 1 a 22. Recuperado de: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_es.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf)



Casado, D. (1993). Nota sobre Vives y la intervención social. *Cuadernos De Trabajo Social*, Vol. 3, pp 238-241. Madrid: Universidad Complutense.

Castanyer, M., Aguilar, I., Jiménez, J. & Sánchez Moro, C. (1998). *Servicios sociales y drogodependencias: actuar es posible*. Madrid: Ministerio del Interior.

Centeno, A., Herrera, A., López, G., Machado, C. & Trujillo, L. (2016). El manejo emocional en docentes granadinos en relación a la satisfacción en el trabajo. *ReiDoCrea*, monográfico 5(2), pp. 14-20. Granada: Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/41434>

Chaves, J. (2004). Desarrollo tecnológico en la primera revolución industrial. *Revista De Historia*, Nº 17, pp. 93-109. Badajoz.

Cifuentes, R. M., Pava L. M., Rodríguez, C. & Valenzuela, L. S. (2002). *Intervención de trabajo social, retos y perspectivas 1995–2000. Mirada crítica a trabajos de grado en Bogotá*. Bogotá: Universidad de la Salle, Facultad de Trabajo Social–Centro de investigaciones.

Circular 28/1977 del Instituto Nacional de Previsión citada en Consejo General del Trabajo Social (2000). *La especialización en Ciencias de la Salud del Trabajo Social*. Recuperado de: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Cockburn, A. (1963). The evaluation and eradication of disease. Citado en: O'Connor, J. (1997). ¿Qué es la historia ecológica?, ¿por qué la historia ecológica? *Ecología Política*, Nº 14, pp.115-130. México. Icaria Editorial.

Colegio Oficial de Trabajadores sociales de Asturias. (2015). *Ámbitos de desempeño del Trabajo Social* Recuperado de: [www.trabajosocialasturias.org](http://www.trabajosocialasturias.org)

Colom, D. (2008). *El Trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada*. Madrid. Siglo XXI de España.

Colom, D. (2010). El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan*, Nº 47, pp. 109-119. San Sebastián.

Colom, D. (2015). El trabajo social sanitario: más próximo a poder reiniciar gestiones para el reconocimiento de profesión sanitaria. *Trabajo Social Sanitario. El blog de los trabajadores sociales sanitarios del siglo XXI*. Universitat Oberta de Catalunya.

Comelles, J. M. & Martínez, A. (1996). Paradojas de la antropología médica europea. *Nueva Antropología*, 52/53, pp. 167-213. Madrid. Citado en: Miranda, M. (2004). *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

Comelles, J. M., Mascarella, L., Bardají, F. & Allué, X. (2000). Some health care. Experiences of foreign migrants in Spain. En Vulpiani, P., Comelles, J. M. y Van Dongen, E. (Eds.). *Health for all, all for health. european experiences on health care for migrants*. Perugia: Cidis Alisei, pp. 84-112.

Comité internacional de la Cruz Roja. (2010). *Historia del CICR*. Recuperado de: <https://www.icrc.org/spa/who-we-are/history/overview-section-history-icrc.htm>.

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2015). *Historia*. Recuperado de: <https://www.icrc.org/es/quienes-somos/historia>

Comunidad de Madrid. (2012). *Plan de ordenación de recursos humanos del servicio madrileño de salud*. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlanOrdenacionRRHH\\_26+DE+MARZO.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813141033&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlanOrdenacionRRHH_26+DE+MARZO.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352813141033&ssbinary=true)

Comunidad de Madrid. (2015). *Memoria 2014*. Madrid: Dirección Gerencia de la Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017740.pdf>

Comunidad de Madrid. (2015). *Propuesta de nuevo mapa sanitario de la Comunidad de Madrid*. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Actualidad\\_FA&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&language=es&cid=1142310677608](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&language=es&cid=1142310677608)

Comunidad de Madrid. (2015). *Red de atención social a personas con enfermedad mental*. Recuperado de: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1142614831629&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1142614831629&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura)

Comunidad de Madrid. (2016). *Memoria 2015*. Madrid: Dirección Gerencia de la Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017740.pdf>

Comunidad de Madrid. Portal de Salud. (2015). *Catálogo de Hospitales*. Recuperado de: <http://catalogohospitales.sanidadmadrid.org/>

Concilio Vaticano II. (1965). *Constitución pastoral Gaudium et Spes sobre la iglesia en el mundo actual*. Recuperado de: [http://www.vatican.va/archive/hist\\_councils/ii\\_vatican\\_council/documents/s\\_vat-ii\\_const\\_19651207\\_gaudium-et-spes\\_sp.html](http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/s_vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html)

Consejería de Sanidad. (2012). *Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Comunidad de Madrid.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. (2011). *Código de deontología médica*. Recuperado de: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G5NdtJQMDd oJ:www.cgcom.es/noticias/2011/07/11\\_07\\_13\\_codigo\\_deontologico+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G5NdtJQMDd oJ:www.cgcom.es/noticias/2011/07/11_07_13_codigo_deontologico+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=es)

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código deontológico del trabajo social*. Recuperado de:

[http://www.cgtrabajosocial.es/codigo\\_deontologico](http://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico)

Consejo General del Trabajo Social. (2013). *La especialización en ciencias de la salud del trabajo social*. Recuperado de:

<http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/La%20especializaci%C3%B3n%20en%20Ciencias%20de%20la%20Salud%20del%20TS%202013.pdf>

Consejo General del Trabajo Social. (2015). *Colegios Profesionales de Trabajo Social*. Recuperado de: [https://www.cgtrabajosocial.es/inicio\\_colegios](https://www.cgtrabajosocial.es/inicio_colegios)

Consejo General del Trabajo Social (2016). *¿Qué son los colegios profesionales y para qué sirven?*. Madrid: Consejo General del Trabajo Social.

Constitución Española (1812). Congreso de los Diputados, Madrid, España, 19 de marzo de 1812. Recuperado de:

<http://www.congreso.es/docu/constituciones/1812/P-0004-00002.pdf>

Constitución Española (1978). Congreso de los Diputados, Madrid, España, 29 de diciembre de 1978. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Constitución Francesa (1791). Asamblea nacional constituyente, Paris, Francia, 3 de septiembre de 1791. Recuperado de: <http://www.unav.edu/>

Constitución Política del Estado De Querétaro. (1917). Gobierno de México, México, Arteaga, 22 de septiembre de 1917. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:D9leMe-ptr0J:compilacion.ordenjuridico.gob.mx/obtenerdoc.php%3Fpath%3D/D ocumentos/ESTADO/QUERETARO/o28486.doc%26nombreclave%3Do 28486.doc+&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=es>

Cortès-Franch, I. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, Vol. 28. Supl. 1, pp.1-6.

Corvalán, J. (1996). *Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad*. Chile: CIDE.

Cosano-Rivas, F. & Hombrados-Mendieta, M. I. (2014). *Un modelo explicativo de la influencia del apoyo social en el burnout y la satisfacción laboral en el Trabajo Social*. Murcia.: I Congreso internacional de Facultades y Escuelas de Trabajo Social. Recuperado de: <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/7795?show=full>

Cuenca, R. (1996). *Introducción a los riesgos laborales de naturaleza psicosocial*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

De Aquino. (1274). *Summa Theologiæ, I-IIæ, q. 50, a. 1, c.* Campus Dominicano. Biblioteca Virtual. Recuperado de: <http://biblioteca.campusdominicano.org/suma.htm>

De la Fuente Sanz, I. (2015). *El Tribunal Europeo de Derechos Humanos y su controvertida ejecución de sentencias en España*. Santa Cruz de Tenerife: Facultad de Derecho, Universidad de La Laguna. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1909/EL%20TEDH%20Y%20SU%20CONTROVERTIDA%20EJECUCION%20DE%20SENTENCIAS%20EN%20ESPANA.pdf?sequence=1>

De la Fuente, Y. (2009). *Situaciones de dependencia, derecho y autonomía: una aproximación multidisciplinar*. Madrid: Alianza Editorial.

De La Herrán, A. (2011). Complejidad y transdisciplinariedad. *Revista Educação Skepsis*, Nº 2, Vol. I. (Contextos de la formación profesional.). São Paulo: Ed. Skepsis. Recuperado de: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/fprofesorado/agustind/textos/completrans.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/fprofesorado/agustind/textos/completrans.pdf).

De las Heras, P. & Cortajarena, E. (1979). *Introducción al bienestar social*. Estella (Navarra): FEDAAS.

De Lima, B. (1986). Citado en: *III Jornadas de trabajo social "Compartiendo retos, construyendo futuro"* Recuperado de: <http://www.colegiotstenerife.org/ficheros/File/MIREN.pdf>.

De Lima, B. (1989). *Contribución a la epistemología del trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas, 3ª Edición.

De Lorenzo, R. (2007). *Discapacidad, sistemas de protección y trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.

De Robertis, C. (1988). *Metodología de la intervención en trabajo social*. Buenos Aires: El Ateneo.

De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social. ética y metodología*. Valencia: Nau Llibres / Universitat de València.

De Robertis, C. (2009). Función y profesionalidad del trabajo social. *Palabra. Palabra Que Obra*, Nº. 10, pp. 198-215. Colombia: Universidad de Cartagena.

Decreto 106/1985, de 28 de octubre, por el que se aprueba definitivamente la zonificación de salud y servicios sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 12 de noviembre de 1985.

Decreto 117/1988, de 17 de noviembre, que aprueba definitivamente la zonificación, en base a áreas de salud, definidas en función de distritos sanitarios y zonas básicas de salud. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 24 de noviembre de 1988.

Decreto 14/2005, de 27 de enero, por el que se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de la Salud, se modifica su denominación y se establece su régimen jurídico y de funcionamiento. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Recuperado de: [http://amyts.es/wp-content/uploads/2010/05/Decreto\\_14.2005\\_Integracion\\_Servicio\\_Madrileo\\_de\\_Salud\\_en\\_el\\_Instituto\\_Madrileo\\_de\\_Salud.pdf](http://amyts.es/wp-content/uploads/2010/05/Decreto_14.2005_Integracion_Servicio_Madrileo_de_Salud_en_el_Instituto_Madrileo_de_Salud.pdf)



Decreto 1403/1964, de 30 de abril, ratificado por orden ministerial de 26 de octubre de 1966, supone una mayor estructuración de las asignaturas y contenidos contemplados, así como mayor homologación de las funciones y actividades que deben ser realizadas por los/as Trabajadores/as Sociales. *Boletín Oficial del Estado*. España, 15 de mayo de 1964.

Decreto 187/1998, de 5 de noviembre, (BOCM núm. 275, de 19 de noviembre) por el que se aprueba la actualización de la zonificación sanitaria de la comunidad. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 19 de Noviembre de 1998.

Decreto 19/1988, de 9 de de marzo, que deroga la anterior zonificación establecida en el Decreto 77/1985. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, de 17 de julio de 1988.

Decreto 24/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid. Recuperado de: [http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=6DC4D0B3D13E553908285EFC520C1DAB.p0323335?opcion=VerHtml&idnorma=6047&word=S&wordperfect=N&pdf=S#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=6DC4D0B3D13E553908285EFC520C1DAB.p0323335?opcion=VerHtml&idnorma=6047&word=S&wordperfect=N&pdf=S#no-back-button)

Decreto 24/2008, de 3 de abril, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del servicio madrileño de salud. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 9 de abril de 2008.

Decreto 52/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen las estructuras básicas sanitarias y directivas de atención primaria del área única de salud de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 9 de agosto de 2010.

Decreto 77/1985, de 17 de julio, aprueba provisionalmente la zonificación de salud y servicios sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 2 de agosto de 1985.

Decreto 81/1990, de 13 de septiembre, por el que se aprueba la zonificación de servicios sociales de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Comunidad de Madrid, 2 de octubre de 1990. Corrección de errores: BOCM de 3 de enero, 22 de abril de 1991.

Del Col, J. J. (2007). *Diccionario auxiliar español-latino para el uso moderno del latín*. Bahía Blanca: Instituto Superior Juan XXIII. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/13868355/Diccionario-EspanolLatin-Del-Col>

Denzin, N. K. (1970). *Sociological methods: a sourcebook*. Citado en: Pereyra, L. E. 2007. *Integración de metodologías cuantitativas y cualitativas: técnicas de triangulación*. Recuperado de: [http://ief.eco.unc.edu.ar/files/workshops/2007/09oct07\\_lilipereyra\\_work.pdf](http://ief.eco.unc.edu.ar/files/workshops/2007/09oct07_lilipereyra_work.pdf)

Department of Health and Human Services of USA Programs. (2015). *Health insurance*. Recuperado de: <http://www.hhs.gov/programs/health-insurance/index.html>

Deutscher Bundestag. *Constitución Alemana*. Recuperado de: <http://www.bundestag.de>

Division of family and children services. (2015). *Medicaid*. Georgia: Departament of Human Services (DHS). Recuperado de: <http://dfcs.dhs.georgia.gov/medicaid>

Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en trabajo social: intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI.

Echeverry, C. A. & Diez , J. F. (2015). Historia del servicio público a la salud. *Nuevo Derecho*. Vol. 11, Nº. 17, pp. 141-15. Colombia: Institución Universitaria de Envigado. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5549048>

Elosua, P. & Etxebarria, J. (2012). *R Commander. Gestión y análisis de datos*. Madrid: Editorial La Muralla. Colección Cuadernos de Estadística.

Elosua, P., Murgiondo, E. & Commander, J. (2012). *Gestión y análisis de datos*. Madrid: Editorial La Muralla. Colección Cuadernos de Estadística.

Encyclopædia Britannica. (2001). Almhuse American Institution. *Encyclopædia Britannica*. Recuperado de: <https://global.britannica.com/topic/almshouse>

Encyclopedia of Social Work. (2016). *Biographies health care and illness and social work profession*. Oxford: Oxford University Press and NASW Press. Recuperado de: <http://socialwork.oxfordre.com/page/subscribe>

Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). 2015. *Bolonia en secundaria*. Ministerio de Educación. Recuperado de: <http://www.educacion.gob.es/boloniaensecundaria/09-damos-respuesta5.htm>

Esping-Andersen, G (1993). *Los tres mundos del estado del bienestar*. Valencia: Edicions Alfons el Magnanim. Generalitat Valenciana.

Espino Granado, A. (1985). *Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En La Atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social*. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. Recuperado de: [http://www.msps.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est15.pdf.pdf](http://www.msps.es/eu/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est15.pdf.pdf)

Espino Granado, A. (2006). *La atención a la salud mental en España. Estrategias y compromiso social*. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha: Consejería de Sanidad.

Estrategia de la UE en materia de lucha contra la droga (2013-2020). *Diario Oficial de la Unión Europea*. Unión Europea, 29 de diciembre de 2012, (2012/C 402/01). Recuperado de: [https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF\\_TEMAS/Europa/documentos\\_clave/2012\\_12\\_29\\_Estrategia\\_lucha\\_contra\\_DROGA\\_2013-2020.pdf](https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Europa/documentos_clave/2012_12_29_Estrategia_lucha_contra_DROGA_2013-2020.pdf)

Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. (2009). España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: [http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicassocial/Documents/ES TRATEGIA%20DROGAS%202009%202016.pdf](http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicassocial/Documents/ES%20TRATEGIA%20DROGAS%202009%202016.pdf)

Estudio de Fenin. (2015). Recuperado de: <http://www.diariomedico.com/2015/04/27/area-profesional/sanidad/sociedades-piden-fijar-por-ley-la-renovacion-de-tecnologia-sanitaria>

EurActiv, (2008). *Bologna process*. Euractiv.com. Recuperado de: <http://www.euractiv.com/en/education/bologna-process/article-117448>

European Association of Schools of Social Work (EASSW). (2015). *List of member schools*. Recuperado de: <http://www.eassw.org/>

European Commission (2004). *The social situation in the European Union, 2003*. Brussels, Belgium: European Commission.

European Higher Education Area (EHEA). (2009). *Bologna process european higher education area: History*. Recuperado de: <http://www.ehea.info/article-details.aspx?ArticleId=3>

Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G. & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mentalhealth problems in 27 european countries. *PLoS One PLoS*, Nº 8, Vol. 7. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3724888/>

Farrerons Noguera, L. (2013). *Historia del sistema sanitario español: Debates parlamentarios, 1812-1986*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Fernández García, T. & Ponce de León, L. (2011). *Trabajo social con familias*. Madrid: Ediciones Académicas.

Fernández García, T. (2008). *Trabajo social con casos*. Madrid: Alianza Editorial.

Fernández García, T. (2009). *Fundamentos del trabajo social*. Madrid: Alianza Editorial.

Fernández Sarasola, I. (2012). *La Constitución española de 1812. Cronología*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Recuperado de: [http://www.cervantesvirtual.com/portales/constitucion\\_1812/](http://www.cervantesvirtual.com/portales/constitucion_1812/)

Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. Ed. 2006. Madrid: Alianza Editorial.

Gaitán, L. & Zamanillo, T. (1991). *Para comprender el trabajo social*. Navarra: Verbo Divino.

Garcés, E. M. (2010). El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 23, pp. 333-352. Madrid: Universidad Complutense. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/8335>

García Roca, J. (1994). *Contra La Exclusión. Responsabilidad política e iniciativa social. Colección Aquí y Ahora*. Bilbao: Sal Terrae.

García, A. (2011). *Estadística aplicada: conceptos básicos*. Madrid: UNED.

García, F. J. & Meneses, C. (2009). Ámbitos de intervención en el trabajo social. En Fernández García, T., *Fundamentos del trabajo social*. pp. 345-384. Madrid: Alianza.

García, J. L. (1985). Enfermedad y cultura. *Jano. Medicina y Humanidades*. Vol. 29. Editorial Doyma, 643; pp. 13-24.

García, M., Sobrequés, J., Segura, J., Rodríguez, C., Juncosa, S. & Cebriá, J. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria: Publicación Oficial De La Sociedad Española De Familia Y Comunitaria*, Vol. 31, Nº. 4, pp. 227-233. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656703791641>

García-Pelayo, M. (1977). *Las transformaciones del estado contemporáneo*. Madrid: Alianza Editorial.

García-Pelayo, M. (1987). *Las transformaciones del estado moderno*. Madrid: Alianza Universidad.

García-Ramos, M., Luján-López, M. E. & Martínez-Corona, M. A. (2007). Satisfacción laboral del personal de salud. *Revista De Enfermería*, Nº15, Vol.2, pp. 63-72. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=18895>

García-Viamontes, D. (2010). Satisfacción laboral. Una aproximación teórica. *Contribuciones a las ciencias sociales, enciclopedia y biblioteca virtual de las ciencias sociales, económicas y jurídicas*. Málaga: Facultad de Derecho de la Universidad de Málaga. Recuperado de: [www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/09/dgv.htm)

Garrorena, A. (1984). *El estado español como estado social y democrático de derecho*. Madrid: Tecnos.

Gavidia, V. & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica De Las Ciencias Experimentales Y Sociales*. N.º 26, pp. 161-175. Valencia: Universidad de Valencia.

Gérvas, J., Gavilán, E. & Jiménez de Gracia, L. (2012). Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *AMF*, N.º 8, Vol. 6, pp. 312-317. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

Gil Martorell, D. (2011). La rehabilitación psicosocial, mejor desde una perspectiva biopsicosocial. *San Juan De Dios*. N.º 553, pp. 22-25.

Gili, M., García J. & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria, Supl. 1, Vol. 28*, pp.104-1088.

Gómez, J. M. (1995). El estado del bienestar y el reto de la solidaridad. *Anales De Estudios Económicos Y Empresariales*, N.º 10, pp. 255-276. Valladolid: Universidad de Valladolid.

González, P., Peiró, J. M. & Bravo, M. J. (1996). Calidad de vida laboral. En: Peiró, J. M. & Prieto, F. (Eds.). *Tratado de psicología del trabajo (Vol. 2): Aspectos psicosociales del trabajo*. Madrid: Síntesis.



González, V., Peiró, J. M. & Lloret, S. (1995). El estrés de rol en enfermeras. Un Modelo Causal. *Revista De Psicología General Y Aplicada: Revista De La Federación Española De Asociaciones De Psicología*, Vol. 48, Nº. 3, pp. 393-405. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología de España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2161481>

Greene, G. (1978). *El factor humano*. Barcelona: Ed. EDHASA.

Guzmán, L. (1992). *Epistemología de la teoría y práctica del trabajo social*. San Pedro de Montes de Oca: Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000037.pdf>

Hamilton, G. (1960). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. México: Prensa Médica Mexicana.

Hermosa, A. (2006). Satisfacción laboral y síndrome de “burnout” en profesores de educación primaria y secundaria. *Revista Colombiana De Psicología*, Nº 15, pp. 81-89.

Hernández, M., Jiménez, A., Llergo, M., Mazzoni, L. A. & Perandrés, A. M. (2014). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. *Reidocrea*, Nº 3, pp. 60-68. Granada: Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/31296>

Hernández-Girón, C., Orozco-Núñez, E. & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Salud Pública*, Nº 14, Vol. 2, pp. 315-324.

Herranz, G. (1994). Código de ética y deontología médica. *Cuadernos De Bioética*, Vol. 5, pp. 328-340.

Hervás de la Torre, A. (2013). Trabajo social en salud. *Vídeo de la ponencia titulada "Trabajo Social y Salud" en el marco del Máster en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria*. Recuperado de: <https://evoluntas.wordpress.com/2013/04/10/trabajo-social-en-salud/>

Herzberg, F. (1954). *Work of the Nature of Man, Cleveland: The World of Publishing Company*. Buenos Aires: Fuente original traducida por Universidad Nacional Tres de Febrero. Recuperado de: [http://materiales.untrefvirtual.edu.ar/documentos\\_extras/1075\\_Fundamentos\\_de\\_estrategia\\_organizacional/10\\_Teoria\\_de\\_la\\_organizacion.pdf](http://materiales.untrefvirtual.edu.ar/documentos_extras/1075_Fundamentos_de_estrategia_organizacional/10_Teoria_de_la_organizacion.pdf)

Hollis, M. (1998). *Filosofía de las ciencias sociales*. Barcelona: Ariel.

Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica: una introducción a la teoría del trabajo social*. Granada: Maristán.

Howe, D. (2009). *A brief introduction to social work theory*. New York: Palgrave Macmillan.

Idareta-Goldaracena, F. (2012). La ética como primera filosofía en Irena Sendler y Alice Salomon: antecedentes prácticos de la ética de Emmanuel Lévinas en el trabajo social. *Humanismo Y Trabajo Social*, Nº. 11, pp. 119-140.

II Foro de Trabajo Social, del 14 al 16 de abril de 1999 (2000). *Pasado, presente y futuro del trabajo social*. Madrid: Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Pontificia de Comillas.

Informe SESPAS. (2014). Crisis económico-financiera y salud. *Gaceta Sanitaria* Vol. 28. Núm. S1. Pp. 1-146. Barcelona. Recuperado de: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-s1/suplemento/sespas/S0213911114X0004X/>

INSALUD. (2000). *Guía de organización del servicio de trabajo social en atención especializada*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Instituto de Biomecánica de Valencia. (2007). *Manual para la prevención de los riesgos ergonómicos y psicosociales en los centros de atención a personas en situación de dependencia: trabajador social*. Valencia: Universitat Politècnica de València. Recuperado de: <http://ergodep.ibv.org/documentos-de-formacion/3-riesgos-y-recomendaciones-por-puestos-de-trabajo/558-trabajadora-social.html>

Instituto Nacional de Estadística. (2014). *Encuesta de inserción laboral de los titulados universitarios EILU-2014*. Madrid. Recuperado de: [http://www.ine.es/proyectos/eilu/proyecto\\_EILU.pdf](http://www.ine.es/proyectos/eilu/proyecto_EILU.pdf)

Instituto Nacional de Estadística. (2015). *Encuesta de Población Activa (EPA). Segundo trimestre de 2015*. España. Recuperado de: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0215.pdf>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). *Organismos especializados en SST en el mundo*. Recuperado de: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.52d1380a690bf02dcca26392060961ca/?vgnnextoid=8d3dee784f992110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). *Definición de satisfacción laboral*. Madrid: Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/GuiasMonitor/Psicosociologia/I/Ficheros/psi23.pdf>

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. *Modelos teóricos de satisfacción laboral*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion>

International Federation of Social Workers (IFSW). (2014). *Global Definition of Social Work*. Recuperado de: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

International Federation of Social Workers (IFSW). Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). (2014). *Historical documents on setting up the international permanent secretariat of social work in 1932*. Recuperado de: <http://ifsw.org/ifsw-history-1932/>

*International Federation of Social Workers (IFSW)*. Recuperado de: <http://ifsw.org/>

International Federation of Social Workers. (2017). *Historia de la FITS a nivel mundial*. Recuperado de: <http://ifsw.org/latin-america/historia-de-la-federacion-internacional-de-trabajadores-sociales-a-nivel-mundial/>

Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en el trabajo social clínico*. Madrid: SigloXXI.

Ituarte, A. (2001). "Trabajo social en el contexto sanitario: socioepidemiología y clínica". Texto del curso impartido en el Título de Especialista Universitario Salud Pública y Trabajo Social. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Farmacia. UPV-EHU. No publicado. En Agència Valenciana de Salut (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Valencia: Generalitat Valenciana.

IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. (2001). *Prevención, trabajo y salud: Revista Del Instituto Nacional De Seguridad E Higiene En El Trabajo*, N° 8, pp. 21-44 Recuperado de: [http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_IV\\_ENCT%20con%20Portada.pdf](http://www.oect.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_IV_ENCT%20con%20Portada.pdf)

Jane Addams Hull House Museum of Chicago. (2015). Recuperado de: <http://www.hullhousemuseum.org>

Jiménez, A., Pérez, M., Pinel, I., Sánchez, J. & Villanueva, L. (2016). ¿Satisfacción por vocación?: La influencia del tipo de trabajo en la satisfacción laboral. *Revista De Investigación Y Docencia Creativa (ReiDoCrea)*. Vol. 5, pp. 90-96. Granada, Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10481/41168>

Jones, D. N. (2013). *International social work and social welfare: Europe. Encyclopedia of social work*. Recuperado de: <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.01.0001/acrefore-9780199975839-e-568>

Kamerman, S. B., Mullen, E. J. & Fanshel, D. (1993). La escuela de trabajo social de la Universidad de Columbia: una escuela urbana e internacional para graduados en trabajo social. *Cuadernos De Trabajo Social*, nº 4-5. pp. 269-282. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Kant, I. (1999). *Hacia la paz perpetua, un esbozo filosófico*. Edición y estudio preliminar de Jacobo Muñoz. Madrid: Biblioteca Nueva.

Kisnerman, N. (1998). *Pensar el trabajo social: Una introducción desde el construccionismo*. Buenos Aires: Lumen.

Kornblit, A. L. & Mendes A. M. (2000). *La salud y la enfermedad: Aspectos biológicos y sociales. Contenidos curriculares*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Aique.

Laframboise, H. L. (1973). Health policy: breaking the problem down in more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*, Nº 108, pp. 388-393.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada. Recuperado de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Ley 10/1982, de 13 de abril, de creación de los Colegios Oficiales de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*. España, 26 de abril de 1982, núm. 99, pp. 10528 a 10528. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1982-9658](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1982-9658)

Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. *Boletín Oficial del Estado*. España, 20 de marzo de 1986, núm. 68, pp. 10562 a 10563. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-7436>.

Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Madrid, 27 de Diciembre de 1996, núm. 307. Recuperado de: [http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/CCAA/ma-l11-1996.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/ma-l11-1996.html)

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*. Madrid, 26 de diciembre de 2001, núm. 306, pp. 8 a 38. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2002/03/05/pdfs/A08846-08881.pdf>

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*. España, 29 de abril de 1986, núm. 102. Última actualización 13 de junio de 2015. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*. España, 26 de abril de 1997, núm. 100, pp. 13449 a 13450 (2 págs.). Recuperado de: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:18xNfdS0RnQJ:https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php%3Fid%3DBOE-A-1997-9021+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:18xNfdS0RnQJ:https://www.boe.es/diario_boe/txt.php%3Fid%3DBOE-A-1997-9021+%&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es)

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*. España, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567 a 20588 (22 págs.). Última actualización 13 de junio de 2015. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. *Boletín Oficial del Estado*. España, de 23 de diciembre de 2009, núm. 308. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2009/12/23/pdfs/BOE-A-2009-20725.pdf>

Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local. *Boletín Oficial del Estado*. España, 30 de diciembre de 2013, núm. 312, pp. 106430 a 106473. Recuperado de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-13756](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-13756)

Ley 3/1977, de 4 de enero, sobre creación del Cuerpo Especial de Asistentes Sociales. *Boletín Oficial del Estado*. España, 8 de enero de 1977, núm. 7, pp. 359 a 360. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-458](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-458)

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*. España, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 a 40132. Recuperado de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188)



Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

*Boletín Oficial del Estado*. España, 22 de noviembre de 2003, núm.

280, pp. 1 a 29. Recuperado de:

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>

Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre drogodependencias y otros trastornos

adictivos de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad*

*de Madrid*. Comunidad de Madrid (2002). Recuperado de:

[http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=CA35015185D21E50296438DF38608CA8.p0313335?cdestado=P&nmnorma=1779&opcion=VerHtml#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=CA35015185D21E50296438DF38608CA8.p0313335?cdestado=P&nmnorma=1779&opcion=VerHtml#no-back-button)

Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la

Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*.

Comunidad de Madrid, 18 de noviembre de 2009.

Ley del servicio general de sanidad de 1855. Citada en Ley 14/1986, de 25 de

abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*. España, 29 de

abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224 (18 págs.) Recuperado de:

[https://sede.madrid.es/FrameWork/generacionPDF/ANM2004\\_71.pdf?idNormativa=c1367b3cb0e4f010VgnVCM1000009b25680aRCRD&nombreFichero=ANM2004\\_71&cacheKey=6](https://sede.madrid.es/FrameWork/generacionPDF/ANM2004_71.pdf?idNormativa=c1367b3cb0e4f010VgnVCM1000009b25680aRCRD&nombreFichero=ANM2004_71&cacheKey=6)

Ley Fundamental de la República Federal de Alemania (1949). *Deutscher*

*Bundestag*. Alemania, 23 de mayo de 1949. Actualizado hasta octubre

de 2010.

Ley Orgánica 1/2008, de 30 de julio, por la que se autoriza la ratificación por España del Tratado de Lisboa, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en la capital portuguesa el 13 de diciembre de 2007. *Boletín Oficial del Estado*. España, 31 de Julio de 2008, núm. 184, pp. 119 a 125. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2930170>

Ley Orgánica 10/1994 de 24 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*. España, 25 de marzo de 1994, núm. 72 pp. 9645 a 9647. Recuperado de:

<https://www.boe.es/boe/dias/1994/03/25/pdfs/A09645-09647.pdf>

Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía De La Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*. España, 1 de marzo de 1983, núm. 51, pp. 5783 a 5790. Recuperado de:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1983-6317](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1983-6317)

Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*. España, 1 de marzo de 1983, núm. 51. Recuperado de:

[https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1983-6317](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1983-6317)

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*. España, 29 de Abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15207. Recuperado de:

<https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10498>

Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio, de reforma de la Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*. España, 8 de julio de 1998, núm. 162, pp. 22747 a 22755. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-16302>

Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencia de competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución. *Boletín Oficial del Estado*. España, 24 de diciembre de 1992, núm. 308, pp. 43863 a 43867. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-28426>

Lishman, J. (2009). *Communication in social work*. New York: Palgrave Macmillan.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. En Dunnette, M. D. (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago, IL: Rand McNally.

Lomas, V. & Larios, D. (2007). Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias. *DS: Derecho Y Salud, Vol. 15, Nº. 2*, pp. 289-346 .Valencia: Asociación Juristas de la Salud. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2474676.pdf>

López Casasnovas, G. (2004). La gestión sanitaria: orientaciones a futuro para el cambio organizativo, del control y la financiación. *Cuadernos Económicos de I.C.E. (Información Comercial Española)*. Nº 67. "Economía de la salud" Librería virtual del Ministerio de Economía y Competitividad

López Jiménez J. M. (2011). Estado de bienestar, sostenibilidad y algunos riesgos. *eXtoikos*, Nº. 1, pp. 70-73. Málaga: Instituto Econospérides.

Recuperado

de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018757>

Lorenz, W. (2004). *Towards a european paradigm of social work—Studies in the history of modes of social work and social policy in Europe*.

Dresden: Fakultät Erziehungswissenschaften Technischen Universität

Dresden.

Recuperado

de:

<http://webdoc.sub.gwdg.de/ebook/dissts/Dresden/Lorenz2005.pdf>

Madrid Salud (2012). *Protocolo de intervención, desde el Trabajo Social, en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid*. Ayuntamiento de Madrid.

Recuperado

de:

[http://www.drogasextremadura.com/archivos/ProtocoloIntervSocial\\_2012.pdf](http://www.drogasextremadura.com/archivos/ProtocoloIntervSocial_2012.pdf)

Marset, M., Sáez, P. & Martínez, J. M. (1995). La Salud Pública durante el Franquismo. *Revista Dynamis*. Granada: Universidad de Granada.

Martínez, J. D. & Muñoz, F. J. (2008). La salud y la enfermedad, algo más que fenómenos biológicos. *Tempus Vitalis: Revista Electrónica Internacional Para El Cuidado Del Paciente Crítico*, Vol. 8, Nº. 2.

Recuperado

de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2879113>

Mateu, E. & Casal, J. (2003). Tamaño de la muestra. *Rev. Epidem. Med. Prev.* Vol. 1, pp: 8-14. Recuperado de: <http://www.mat.uson.mx/~ftapia/Lecturas%20Adicionales%20%28C%C3%B3mo%20dise%C3%B1ar%20una%20encuesta%29/TiposMuestreo1.pdf>

McNutt, J. G. (2013). *Social work practice: history and evolution encyclopedia of social work*. Oxford: Oxford University Press and NASW Press. Recuperado de: <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.01.0001/acrefore-9780199975839-e-620?rskey=O95poa&result=3>

Meliá, J. L. & Peiró, J. M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: El cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas*, Nº 5, pp. 59-74. Valencia: Alfapplus.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1984). *Qualitative data analysis: A source book of new methods*. Beverly Hills: Sage Publications.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Libro blanco de la coordinación sociosanitaria*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud*. Recuperado de [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.U E\\_2013.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.U E_2013.pdf)

- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2008). *Informe sobre el desarrollo del Pacto De Toledo Octubre 2008 Volumen I*. Recuperado de: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/110963.pdf>
- Miranda, M. (2004). *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, interaccionismo simbólico y trabajo*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Miranda, M. (2010). La formación en salud mental. *Cuadernos de trabajo social*, Nº 23, pp. 323-332. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Mizrahi, T & Davis, L.E. . (2008). *Encyclopedia of social work*. UK, Oxford: University Press.
- Moix, M. (1991). *Introducción al trabajo social*. Madrid: Trivium.
- Moix, M. (2004). El Trabajo Social y los Servicios Sociales. Su concepto. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 17, pp. 131-141. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Molina, M. V.(1994). *Las enseñanzas del trabajo social en España, 1932-1983: estudio socio-educativo*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Montañez, M. (2001). Introducción al análisis e interpretación de textos y discursos. En Montañez, M. et al. (coords). *Prácticas de creatividad local*. Barcelona: El Viejo Topo
- Morales, P. (2015). Ética en trabajo social: una propuesta de indicadores. *Cuadernos de Trabajo Social*. Vol. 28-1, pp. 39-48. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Moreno, L. (2002). Bienestar mediterráneo y supermujeres. *Revista Española de Sociología*, Nº 2., pp. 41-57. Madrid: Federación Española de Sociología.

Moya, S. (2011). *Motivación y satisfacción de los profesionales de enfermería: investigación aplicada en un área quirúrgica*. Santander: Universidad de Cantabria. Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/477/Moya%20Mier%20S.pdf?sequence=1>

Muñoz, F. & López, M. (2004), "Historia de la Paz", ciado en: Molina Rueda, B. & Muñoz, F. A. (Eds.), *Manual de Paz y Conflictos*, Granada, Consejería de Educación de la Junta de Andalucía, 2004, pp. 42-65.

Murillo, F.J. & Hernández-Castilla, R. (2011). Hacia un concepto de Justicia Social. *REICE. Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio en Educación*, Nº 9, Vol. 4, pp. 7-23.

National Association of Social Workers (NASW). (2012). *Standards for Social Work Case Management-3rd draft*. Recuperado de: <https://www.socialworkers.org/practice/aging/casemanagement/NASWStandardsSWCaseManagement.pdf>

National Association of Social Workers (NASW). (2016). *Código de ética de la asociación nacional de trabajadores sociales*. Recuperado de: <http://www.naswdc.org/pubs/code/spanish/codigo.asp>.

National Association of Social Workers (NASW). (2016). *Practice & professional development*. Recuperado de: <http://www.socialworkers.org/pdev/default.asp>

National Association of Social Workers (NAW). (2013). *Standards for social work practice with clients with substance use disorders*. Recuperado de:

[https://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.es&sl=en&u=https://www.socialworkers.org/practice/standards/Clients\\_with\\_Substance\\_Use\\_Disorders.asp&usq=ALkJrhjrLLRCdJuqwTEBbNxQcWhg6VTmAg](https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.es&sl=en&u=https://www.socialworkers.org/practice/standards/Clients_with_Substance_Use_Disorders.asp&usq=ALkJrhjrLLRCdJuqwTEBbNxQcWhg6VTmAg).

National Association of Social Workers Foundation. (2014). *Pioneer Room*. Recuperado de: <http://www.naswfoundation.org/pioneers/>

National Institute for Social Work. (1992). *Trabajadores sociales: su papel y cometidos*. Madrid: Narcea.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Definition of addiction*. Recuperado de: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-abuse-addiction>

Nicolescu, B. (1998). *La transdisciplinariedad, una nueva visión del mundo. Manifiesto*. Paris: Ediciones Du Rocher.

Nobelprize.org. The Official Web Site of the Nobel Prize. (2014). *Jane Addams*. Recuperado de: [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/peace/laureates/1931/addams-bio.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/peace/laureates/1931/addams-bio.html)

Nogal, E. (2008). Alice Salomon. 1872-1948. *Trabajo Social Hoy*, Nº 53, pp. 173-180. Madrid: Colegio de trabajadores sociales y asistentes sociales de Madrid.



Nye, J. S. (2011). *The future of power*. American academy of arts & sciences, Vol. LXIX. Nº. 3. Cambridge.

Observatorio Madrileño de la Salud. (2014). *Cuarto informe observatorio madrileño de la salud. El éxito de las movilizaciones y las nuevas estrategias privatizadoras*. Madrid. Recuperado de: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/113-observatorio-ccaa/826-cuarto-informe-observatorio-madrileno-de-la-salud-el-exito-de-las-movilizaciones-y-las-nuevas-estrategias-privatizadoras>

Oficina contra la droga y el Crimen de la Organización de las Naciones Unidas - UNODC. (2014). *La Declaración Ministerial Conjunta del examen de alto nivel de 2014 por la Comisión de Estupefacentes de la aplicación por los Estados Miembros de la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en Favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para Contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/hlr/JointStatement/14-04449\\_S\\_Ebook.pdf](https://www.unodc.org/documents/hlr/JointStatement/14-04449_S_Ebook.pdf)

Oficina de Estadísticas Laborales, Departamento de Trabajo de EE.UU., Occupational Outlook Handbook en español (OOH), Edición 2014-15. (2015). *Trabajadores Sociales*. Recuperado de: <http://www.bls.gov/es/ooh/community-and-social-service/social-workers.htm>

Orden de 1 de marzo de 1985 se aprueba el Reglamento general de estructura, organización y funcionamiento de los hospitales de la seguridad social. *Boletín Oficial del Estado*. España, de 5 de marzo de 1985, núm. 5, pp. 5503 a 5505. Recuperado de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1985-3574](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1985-3574).

Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos, (DUDH) United Nations*. Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. París. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1987). *Automatización, organización y tensión en el trabajo*. Madrid: Colección de Informes del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Recuperado de: [http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/CARTA%20DE%20OTTAWA.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Coordinación de la traducción del original inglés y adaptación: Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Organización Mundial de la Salud. (2005) *¿Qué es un sistema de salud?* Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo- Colaboremos por la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2006/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación, sí a la atención, no a la exclusión*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud con aplicaciones especiales para los países con ingresos bajos y medianos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <http://www.who.int/hrh/resources/handbook/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Estadísticas Sanitarias Mundiales. Una instantánea de la salud mundial*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70887/1/WHO\\_IER\\_HSI\\_12.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70887/1/WHO_IER_HSI_12.1_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial.*

Recuperado de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación.* Washington, D.C.: OMS.

Recuperado de:

<http://www.paho.org/hq/documents/conjuntosdeprestacionesdesaludobjetivosdisenoyaplicacion-ES.pdf>

Orozco, J. M. (2006). *Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena.* Cartagena de Indias: eumed.net

Ortega y Gasset, J. (2012). *Obra selecta: Meditaciones del Quijote; ¿Qué es la filosofía?; La rebelión de las masas; Carta a un alemán; En torno a Galileo; Historia como sistema; Ideas y creencias; Prólogo a la historia de la filosofía de Émile Bréhier; La idea de principio en Leibniz (selección).* Biblioteca de Grandes Pensadores. Madrid: Editorial Gredos.

Ortiz Quesada, F. (2001). *Medicina ciencia y humanismo.* Salamanca: Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Recuperado de:

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2L-PuyRPF8J:www.oncologiasalamanca.org/Titulo%2520propio/documentos/29Noviembre2008/lecturas\\_4%2520de%2520Nov%25202008/Medicina-Ciencia-Humanismo.doc+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=es](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:2L-PuyRPF8J:www.oncologiasalamanca.org/Titulo%2520propio/documentos/29Noviembre2008/lecturas_4%2520de%2520Nov%25202008/Medicina-Ciencia-Humanismo.doc+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=es)

- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud?. *Revista De Medicina De La Universidad de Navarra*, N° 41, Vol. 2, pp. 4-9. Recuperado de: <http://www.unav.es/cdb/dhbapsalud.html#texto3>
- Paris, L. & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios De Psicología*, N° 13, Vol. 3, pp. 233-244. Recuperado de: [www.scielo.br/epsic](http://www.scielo.br/epsic)
- Pastor Seller, E. (2004). La participación ciudadana en el ámbito local, eje transversal del trabajo social comunitario. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*. N° 12 (dic. 2004). Universidad de Alicante. Escuela Universitaria de Trabajo Social. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10045/5593>
- Payne, M. (1991). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social (Una introducción crítica)*. Madrid: Paidós.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas de trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Peiró, J. M. & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles Del Psicólogo*, Vol. 29(1), pp. 68-82. Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles>
- Peiró, J. M. (1991). *Psicología de la organización*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Pérez Moreno, H. M. (2008). La sección femenina de la España de Franco (1939-1975) y sus contradicciones entre "perfil de mujer" y medios educativos. *Cadernos de História da Educação*, vol. 7. Brasil: EDUFU- Editora da Universidade Federal de Uberlândia.

Pérez-Lanzac, C. & Sahuquillo, M.R. (2010). Miles de personas sin paraguas sanitario. *El País*. Edición de 28 de octubre de 2010. Madrid  
Recuperado de:  
[http://elpais.com/diario/2010/06/28/sociedad/1277676003\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2010/06/28/sociedad/1277676003_850215.html)

Perlman, H. H. (1965). *Social casework : a problem-solving process*. The University of Chicago Press. Chicago.

Pinheiro, R. L. & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estudos de Psicologia*, Vol. 19, Nº 1, pp. 48-57. Natal, Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Pío XI. (1931). *Carta encíclica quadragesimo anno*. Vaticano: Libreria Editrice Vaticana  
Recuperado de: [http://w2.vatican.va/content/pius-xi/es/encyclicals/documents/hf\\_p-xi\\_enc\\_19310515\\_quadragesimo-anno.html](http://w2.vatican.va/content/pius-xi/es/encyclicals/documents/hf_p-xi_enc_19310515_quadragesimo-anno.html)

Pizarro, R., Rojas, S., Calvete, M. C., Torres, C., Herrero, R., Ortega, A.,...Sancho, I. (2007). Unidad de trabajo social en hospitales. Evolución en la última década. En Monográfico: Trabajo social y sistema público de salud. *Trabajo Social Hoy*, pp 75-101. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.

Pomar, F. J. (2011). Mary Richmond, maestra ¿te hemos defraudado? *Trabajo Social Hoy*, Nº. 64, pp. 53-58. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.

Ponce de León, L. & Fernández García, T. (2009). El conocimiento científico y las bases metodológicas del Trabajos Social. En Fernández García, T. (2009). *Fundamentos del Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.

Pons, J. & Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional de Drogas.

Portal de Salud. (2013). *Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud*. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Recuperado de:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_servicioPrincipal&vest=1354183538063](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063)

Porter, R. (2003). *Breve historia de la medicina, las personas, la enfermedad y la asistencia sanitaria*. Madrid: Taurus.

Real Academia Española (RAE). (2014). *Diccionario de la Lengua Española- Edición del Tricentenario*. Madrid: Real Academia Española. (RAE) Recuperado de: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*. España, de 16 de septiembre de 2006, núm. 222, pp. 32650 a 32679. Última actualización 8 de julio de 2015. Recuperado de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2006-16212)

Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*. España, 20 de julio de 1984, pp. 21304 a 21332. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-16408>

Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. *Boletín Oficial del Estado*. España, 1 de febrero de 1984, núm. 27, de pp. 2627 a 2629. Última actualización en 07 de diciembre de 1989. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-16408>

Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*. España, 28 de diciembre de 2001, núm. 311, pp. 50033 a 50038. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-24755](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2001-24755)

Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. *Boletín Oficial del Estado*. España, 20 de noviembre de 2008, núm. 280, pp. 46185 a 46320. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-18702>



Real Decreto 1850/1981, de 20 de agosto, sobre incorporación a la Universidad de los estudios de asistentes sociales como escuelas universitarias de trabajo social. *Boletín Oficial del Estado*. España, 28 de agosto de 1981, núm. 206, pp. 19786 a 19786. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-19360>

Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*. España, 14 de agosto, núm. 197, pp. 65130 a 65141. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8712](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-8712)

Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*. España, 24 de abril de 2012, núm. 98, pp. 31278 a 31312. Recuperado de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403)

Real Decreto-Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. *Boletín Oficial del Estado*. España, 18 de noviembre de 1978, núm. 276, pp. 26246 a 26249. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-28739](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-28739)

Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crea un fondo estatal de inversión local y un fondo especial del estado para la dinamización de la economía y el empleo y se aprueban créditos extraordinarios para atender a su financiación. *Boletín Oficial del Estado*. España, 2 de diciembre de 2008, núm. 290, pp. 48125 a 48130 (6 págs.). Recuperado de: <http://www.minhap.gob.es/es-ES/Areas%20Tematicas/Presupuestos%20Generales%20del%20Estado/Paginas/FondoparaelEstimulodelaEconomiayelEmpleo.aspx>

Red, N. (1993). *Aproximaciones al trabajo social*. Madrid: S. XXI.

Reisch, M. (1998). The sociopolitical context and social work method. 1890-1950. *Social Service Review*, Vol. 72, Nº 2, pp: 161-181.

Resolución de 18 de marzo de 2015, de la Universidad Oberta de Catalunya, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Trabajo Social Sanitario. *Boletín Oficial del Estado*. España, 27 de mayo de 2015, núm. 126, pp. 45617 a 45618. Recuperado de: [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-5846](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-5846)

Resolución de 2 de octubre de 2014, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el acuerdo del consejo de ministros de 26 de septiembre de 2014, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Máster y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. *Boletín Oficial del Estado*. España, 18 de octubre de 2014, núm. 253, pp. 84664 a 84675. Recuperado de: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-10574](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-10574)

Richmond, M. (1917). *Social diagnosis*. New York: Rusell Sage Foundation.

Richmond, M. (1925). *El caso social individual: El diagnostico social. What is social case work*. Universidad de Costa. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000029.pdf>

- Rico, A., Freire, J. M. & Gervas, J. (2007). *El sistema sanitario español (1976-2006): Factores de éxito en perspectiva internacional comparada*. Madrid: Fundación Carolina. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/267721143\\_EL\\_SISTEMA\\_SANITARIO\\_ESPANOL\\_1976-2006\\_Factores\\_de\\_exito\\_en\\_perspectiva\\_internacional\\_comparada](https://www.researchgate.net/publication/267721143_EL_SISTEMA_SANITARIO_ESPANOL_1976-2006_Factores_de_exito_en_perspectiva_internacional_comparada)
- Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2009). *Comportamiento organizacional*. Decimotercera edición. México: Pearson Educación.
- Robles-García, M., Dierssen, T., Martínez, E., Herrera, P., Díaz, A. R. & Llorca, J. (2005). Variables relacionadas con la satisfacción laboral: un estudio transversal a partir del modelo EFQM. *Gaceta Sanitaria*. Nº 19, Vol. 2, pp.127-34. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- Rodríguez de Mingo, I. (1987). *Cuadernos De Trabajo Social*, Nº 0, pp. 73-84. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rodríguez Ruiz, O. (2005). La Triangulación como estrategia de investigación en Ciencias Sociales. LA I+D QUE TENEMOS>> *Tribuna de debate*. Número 31, septiembre 2005. Fundación para el Conocimiento Madrid. Recuperado de: <https://www.madrimasd.org/transparencia/informacion-institucional/organigrama>
- Rodríguez, M. D. (2013). *Redes sociales: un nuevo cuadro metodológico de intervención en trabajo social comunitario (tesis doctoral)*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Rodríguez, O. (2005). La Triangulación como estrategia de investigación en ciencias sociales. *Revista Madrid*, N° 31. Recuperado de: <http://www.madrimasd.org/revista/revista31/tribuna/tribuna2.asp>
- Roldán, E. & García, T. (2010). La representación del nacionalcatolicismo franquista en la perspectiva de la mujer. En Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales. *El imaginario del trabajo social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983*. Madrid: Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid.
- Rose, M. (2001). *Disparate measures in the workplace-quantifying overall job satisfaction*. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.199.6685&rep=rep1&type=pdf>
- Ruiz Olabuénaga, J. I. & Ispizua, M. A. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad Deusto.
- Ruiz-Giménez, J. L. (2007). La atención primaria en Madrid. *Trabajo Social Hoy, Monográfico Trabajo Social Y Sistema Público De Salud*, N° Segundo Semestre 2007, pp. 27-56. Madrid: Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Madrid.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Salud Madrid (2014). *Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Salud y Trabajo.

Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2013). *Metodología de la investigación*. 5ª Ed. México: Mc Graw-Hill.

Sanz, A. (2001). Acción social y trabajo social en España: una revisión histórica. *Acciones E Investigaciones Sociales*, Nº 13, pp. 5-42. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.

Sapir, (2005). Citado en Nieto Martín, S. & Recamán, A. (2012). Hacia una mayor comprensión global del rendimiento académico a través de las pruebas PISA: contraste de tres hipótesis a partir de unos datos empíricos. *Educación XX1*, Nº15.1, pp. 157-178. Madrid: Facultad de Educación. UNED.

Seguridad Social. (2014). *Historia de la Seguridad Social*. Recuperado de: [http://www.seq-social.es/Internet\\_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm](http://www.seq-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm)

Seller, E. (2004). La participación ciudadana en el ámbito local, eje transversal del trabajo social comunitario. Alternativas. *Cuadernos de Trabajo Social*, Nº 12. pp. 103-137. Madrid: Universidad Complutense.

Servicio Extremeño de Salud (2010). *Organización y funcionamiento del trabajo social sanitario en atención primaria de salud*. Extremadura: Junta de Extremadura.

Servicio Madrileño de Salud (2013). *Hospital Virgen de la Torre. Memoria 2013*. Madrid: Comunidad de Madrid.

Servicio Madrileño de Salud (2014). *Observatorio de resultados. Informe de atención primaria, años 2011-2013*. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Servicio Madrileño de Salud (2015). *Coordinación de direcciones de continuidad asistencial del SERMAS. Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud.

Sigerist, H. & Frank, J. P. (2006). Un pionero de la medicina social (a). *Salud Colectiva. Septiembre-Diciembre Vol. 2, N°3*, pp. 269-279. Buenos Aires: Lanús. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000300005&script=sci_arttext)

Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). (2014). *Ordenación sanitaria del territorio en las comunidades autónomas*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/1Ord\\_san\\_territ\\_2014.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/1Ord_san_territ_2014.pdf)

Sociales Código de Ética (Code of Ethics, Spanish language version) revisado por la Asamblea de Delegados de NASW de 2008. NASW Press. Recuperado de: <http://www.naswdc.org/pubs/code/spanish/codigo.asp#>

Sociedades de San Vicente de Paúl. *Nuestra historia*. Recuperado de: <http://www.ssvp.es/historia.html>

Soret, I. (2008). *Modelo de medición de conocimiento y generación de ventajas competitivas sostenibles en el ámbito de la iniciativa ECR*. Madrid: ESIC Editorial.

Statistical Office of the European Union (Eurostat). 2013. *Population (Demography, Migration and Projections)* Recuperado de: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_gind&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en)

Statistical Office of the European Union (Eurostat). 2015. *Population change-Demographic balance and crude rates at national level*. Recuperado de: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_gind&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en)

Stein, E. (1992). Medicina social: enfoque y perspectiva en Argentina. En Micucci, H., Doval, H. & Stein, E. (1992). *Salud: crisis del sistema. Propuestas desde la medicina social*. Madrid: Editorial Ágora.

Suarez, L., Ramos, D., Comellas, J. L. & Andrés-Gallego, J. (1990). *Historia general de España y América*. Madrid: Ed. Rialp.

Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación (2014). *Los sistemas sanitarios en los países de la UE: características e indicadores de salud 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Susser, M, & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology: I. eras and paradigms. *Am J. Public Health*, N° 86, pp.668-73. Citado en Hernández-Girón, C. Orozco-Núñez E. & Arredondo-López, A. (2012). Modelos conceptuales y paradigmas en Salud Pública. *Revista Salud Pública*, N° 14, Vol. 2, pp. 315-324.

Susser, M. (1991). *Conceptos y estrategias en epidemiología: el pensamiento causal en las ciencias de la salud*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica USA.

Tannenbaum, N. & Reisch, M. (2001). *From charitable volunteers to architects of social welfare: A brief history of social work*. Retrieved Recuperado de: <http://ssw.umich.edu/about/history/brief-history-of-social-work>

Tansel, A. & Gazioglu, S. (2013). *Management-Employee relations, firm size and job satisfaction*. Germany. Recuperado de: <http://ftp.iza.org/dp7308.pdf>

Taparelli, L. (1843). *Ensayo teórico del derecho natural apoyado en los hechos*. Madrid. Recuperado de: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/ensayo-teorico-de-derecho-natural-apoyado-en-los-hechos/>

Tarlov, A. R. (1999). *Public policy frameworks for improving population health*. Nueva York: US National Library of Medicine National Institutes of Health.

Terris, M. (1980). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Ciudad México: Siglo XXI.

The Almshouse Association. *Historical summary*. Recuperado de: <http://www.almshouses.org>

Thompson, D. & McNamara, J. (1997). Job satisfaction in educational organizations: A synthesis of research findings. *Educational Administration Quarterly*, N° 33, Vol. 1, pp.31. London: University Council for Educational Administration.



Thorndike, E. L (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 25-29.citado por C. De Las Cuevas y Catresana, C. y Gonzalez De Rivera y Revuelta,J. L. (1992). Autoinformes y respuestas sesgadas. Madrid. *Anales De Psiquiatría*, Vol. 8. Nº 9, pp. 362-366. 1992. Madrid: Arán Ediciones.

Trabajo Social Sanitario. *El blog de los trabajadores sociales sanitarios del siglo XXI*. Recuperado de: <https://trabajosocialsanitario.blogs.uoc.edu/page/2/>

Transnational Institute (TNI). (2016). *Programa drogas y democracia de TNI de la ONU*. Recuperado de: <https://www.tni.org/es/drogas-y-democracia>

Tratado de Lisboa, de 17 de diciembre de 2007, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. Parlamento europeo. Unión Europea, 1 de diciembre de 2009. Recuperado de: [http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/es/FTU\\_1.1.5.pdf](http://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/es/FTU_1.1.5.pdf)

Unión Europea (2005). Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005. Relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (Texto pertinente a efectos del EEE). Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3Ac11065>

Unión Europea (2014). *¿Lo sabía? 10 derechos de la UE en pocas palabras*. Unión Europea: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

Unión Europea. (2014). *Comprender las políticas de la Unión Europea: Salud pública*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: [https://europa.eu/european-union/topics/health\\_es](https://europa.eu/european-union/topics/health_es)

Unión Europea. Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea 30 de marzo de 2010. Recuperado de: <https://www.boe.es/doue/2010/083/Z00047-00199.pdf>

Universidad de Huelva. (2004). *Pioneros del Trabajo Social, una apuesta por descubrirlos*. Huelva: Universidad de Huelva.

Universität Frankfurt Johann Wolfgang Goethe. 2014. *Projekt TITUS (TITUS thesaurus indogermanischer text- und Sprachmaterialien*. Recuperado de: <http://titus.uni-frankfurt.de/didact/karten/euro/europan.htm>.

Universitat Oberta de Catalunya (2015). Trabajo social sanitario. Máster universitario. Recuperado de: <http://estudios.uoc.edu/es/masters-universitarios/trabajo-social-sanitario/presentacion>

Ureña, A. (2010). La salud mental del trabajo social en Cataluña. *Cuadernos De Trabajo Social*, Vol. 23, pp. 353-360. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Vázquez, M. L., (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014 *Gaceta Sanitaria*, Nº 28, Supl. 1, pp.142-6.

Vidal, F. (1987). El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. *Revista De La Facultad De Geografía E Historia*. Nº 1, pp. 41-56.

Viscarret, J. J. (2009). Modelos de intervención en trabajo social. En Fernández García, T., *Fundamentos del trabajo social*, pp. 293-344. Madrid: Alianza Editorial.

Vives, J. L. (1526). *Tratado del socorro de los pobres. "De subventionem pauperum"*. Valencia: Vicent García Editores, S.A (1992).

Wieler, J. (1997) El impacto de Alice Salomon en la enseñanza del Trabajo Social. *Trabajo Social y Salud*, N°26, pp. 9-24. Recuperado de: [http://www4.unileon.es/trabajo\\_social/revista.asp](http://www4.unileon.es/trabajo_social/revista.asp)

Zamanillo, T. & Martín, M. (2010). *La construcción del sujeto en trabajo social: El imaginario del trabajo social en las tesis de fin de estudios 1938-1983*. Madrid: Escuela Universitaria de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid.

Zamanillo, T. (1999). Apuntes sobre el objeto en trabajo social. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 12, pp. 24-43.

Zippelius, R. (1987). *Teoría general del Estado*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM.

## **ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

AA: Alcohólicos Anónimos.

ACS: Agente Comunitario de Salud.

ACSW: Academy of Certified Social Workers.

AISNA: Administración Institucional de la Sanidad Nacional.

ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.

AP: Atención Primaria.

APP: Años de Vida Perdidos.

APA: American Psychiatric Association.

AS: Asistente Social.

BOAM: Boletín Oficial del Ayuntamiento de Madrid.

BOCM: Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.

BOE: Boletín Oficial del Estado.

C-CATODSW: Certified Clinical Alcohol, Tobacco and Other Drugs Social  
Worker

CAD: Centros de Atención a las Drogodependencias.

CAF: Centros de Atención a la Familia.

CAID: Centros de Atención Integral a Drogodependientes.

CAP: Centro de Atención Primaria.

CASW: Canadian Association of Social Workers.

CCAA: Comunidades Autónomas.

CCAD: Centros Concertados de Atención a las Drogodependencias.

CE: Constitución Española.

CECA: Comunidad Europea del Carbón y del Acero.

CGTS: Consejo General del Trabajo Social.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

CINE: Clasificación Internacional Normalizada de la Educación.

CIUO: Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones.

CM: Comunidad de Madrid.

CMS: Centros Municipales de Salud ahora denominados Centros Madrid Salud.

CNT: Confederación Nacional del Trabajo.

COS: Charities Organization Societies.

COTS: Colegio Oficial de Trabajadores Sociales.

CPP: Colaboración Público Privada.

CPS: Centros de Promoción de la Salud.

CRPS: Centro de Rehabilitación Psicosocial.

CS: Centro de Salud.

CSM: Centro de Salud Mental.

CSWE: Council on Social Work Education (Consejo de Educación en Trabajo Social).

DIS: Diseño Intervención Social.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

DSSW: Department of Sociology and Social Work.

EAP: Equipo de Atención Primaria.

EASSW: European Association of Schools of Social Work (Asociación Europea de Escuelas de Trabajo Social).

ECS: Estudios de Ciencias de la Salud.

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior.

EFQM: European Foundation For Quality Management.

ETMF: Equipos Técnicos del Menor y la Familia.

EUEMLD: Estrategia de la UE en Materia de Lucha Contra la Droga

EUROSTAT: Oficina Europea de Estadística.

EU-SILC: EU Statistics on Income and Living Conditions.

FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

FEEISS: Federación Española de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social.

FITS: Federación Internacional de Trabajo Social.

IASSW: International Association of Schools of Social Work (Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social).

ICS: Institut Català de la Salut.

IMERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

INEM: Instituto Nacional de Empleo.

INP: Instituto Nacional de Previsión.

INSALUD: Instituto Nacional de Salud.

INSERSO: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

INTRESS: Instituto de Trabajo Social y Servicios Sociales.

LGS: Ley General de Sanidad.

LOPS: Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

LOSCAM: Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

NASW: National Association of Social Workers

NIDA: National Institute on Drug Abuse.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OIT: Organización Internacional de Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización No Gubernamental.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

OOH: Occupational Outlook Handbook

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PACT: Program of Assertive Community Treatment.

PFI: Private Finantiation Iniciatives.

PMH: Padrón Municipal de Habitantes.

PNC: Pensión No Contributiva.

PND: Plan Nacional de Drogas.

PNSD: Plan Nacional Sobre las Drogas.

PPI: Programa Personalizado de Intervención.

PPP: Public Private Partnership.

QCSW: Qualified Clinical Social Worker.

RD: Real Decreto.

RDL: Real Decreto Ley.

RMI: Renta Mínima de Inserción.

SAJIAD: Servicio de Asesoramiento a Jueces e Información y Atención a Drogodependientes.

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

SESPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

SIAP: Sistema de Información de Atención Primaria.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad.

SOVI: Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez.

SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de Madrid.

TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social.

TFUE: Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

TS: Trabajador Social.

TSIR: Trabajadores Sociales Internos Residentes.

TUE: Tratado de la Unión Europea.

UE: Unión Europea.

UGT: Unión General de Trabajadores.

UK: United Kingdom (Reino Unido).

UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

UOC: Universitat Oberta de Catalunya.

USA: United States of America (Estados Unidos de América).

UTSH: Unidad de Trabajo Social Hospitalario.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

## ANEXO I

### **CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO: “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD”.**

Cuestionario dirigido a trabajadores sociales.

#### Un cuestionario sobre la práctica profesional del Trabajo Social en el ámbito de la salud

Buenos días/tardes:

El presente cuestionario es una técnica de recogida de datos privilegiada para la tesis doctoral en Trabajo Social titulada “El Trabajo Social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial” y va dirigido a trabajadoras/es sociales que prestan sus servicios profesionales en dispositivos de salud del ámbito territorial del municipio de Madrid.

Su objetivo es conocer la práctica profesional de los trabajadoras/es sociales en relación a su intervención en el campo de la salud así como algunos factores que influyen sobre ella.

Las preguntas nunca se relacionan con individuos y se garantiza la confidencialidad de los datos que nos aporte. Las leyes obligan a que toda la información que Vd. facilite sea utilizada solamente para los objetivos de esta investigación. Su participación no le causará el menor problema y la sinceridad de sus respuestas será decisiva para que la investigación tenga valor científico.

Le agradecemos de antemano su colaboración. Para cualquier aclaración relativa al cuestionario puede dirigirse a la siguiente dirección de correo electrónico:

[joseantoniodelgador@gmail.com](mailto:joseantoniodelgador@gmail.com)



## ANEXO II

### CUESTIONARIO: “APROXIMACIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD DE LOS TRABAJADORES SOCIALES DE LA SALUD”.

Número de Cuestionario:

1. Indique su edad:

2. Indique su sexo:

Hombre  
Mujer

3. Estado civil:

Soltero/a  
Casado/a o convive en pareja  
Viudo/a  
Separado/a  
Divorciado/a  
N.S./N.C.

4. Indique la Universidad dónde realizó sus estudios en Trabajo Social (en adelante TS):

5. Señale su titulación inicial en TS:

Asistente Social  
Diplomado en Trabajo Social  
Grado en Trabajo Social  
Máster o Postgrado  
Doctor

6. ¿Ha realizado actualización curricular?:

Sí  
No

*En caso de no haber realizado actualización curricular pasar al punto 8.*

7. Actualización de la titulación en TS:

Diplomados en Trabajo Social  
Grado en Trabajo Social  
Máster o Posgrado  
Doctor

8. En que intervalo finalizó sus estudios en TS:

Década de los 70  
Década de los 80  
Década de los 90

Década 2000  
Posterior al año 2010

**9. Tiempo que lleva trabajando en el sector de TS en Salud:**

Menos de 1 año  
Entre 1 y 3 años  
Entre 3 y 5 años  
Más de 5 años

**10. Sector institucional en el que desempeña su profesión:**

CAD  
CAID  
Centro de Salud  
Hospital  
Recurso residencial  
Centro de Salud mental  
Otras (indique cuales):

**11. Función que realiza en su trabajo:**

Trabajador Social  
Coordinador/Dirección  
Otras (indique cuales):

**12. Formas de intervención social usadas (*Se puede contestar más de una opción*):**

Caso  
Grupo  
Comunidad  
Supervisión  
Gestión y coordinación de recursos  
Investigación científica  
Otras (indique cuales):

**13. Tipo de servicio que prestan Trabajadores/as Sociales (*Se puede contestar más de una opción*):**

13.1. Servicios de orientación individual

1ª Acogida  
Cultural  
Laboral  
Jurídico  
Vivienda  
Apoyo (Familiar, etc)

13.2. Servicio de orientación grupal. Indique de qué tipo:

13.3. Provisión de prestaciones.

Económicas  
Especie Indique cuales  
Residenciales  
Otras (indique cuales):

**14. Forma de atención individual que aplica como Trabajador/a Social:**

- Atención inmediata y temporal
- Tratamiento parcial (atención de la problemática que le corresponde atender al dispositivo)
- Tratamiento integral
- Tratamiento de proyección social (incorpora el seguimiento de la atención individual al medio ambiente social)
- Sin respuesta

**15. Técnicas de intervención individual más utilizadas (Se puede contestar más de una opción):**

15.1. De investigación:

- Entrevistas
- Observación
- Visitas domiciliarias y otros
- Investigación documental
- Investigación medio ambiente y antecedentes
- Empleo de técnicas activas: escultura, role playing, juegos representativos, sociodramas, etc.
- Redacción informes
- Otras (indique cuales):

15.2. De diagnóstico:

- Observación
- Entrevista
- Interpretación y análisis individual y grupal
- Empleo de técnicas activas: escultura, role playing, juegos representativos, sociodramas, etc.
- Diagnóstico
- Valoración
- Otras (indique cuales):

15.3. De tratamiento:

- Diseño y ejecución de Programas de Personalizados de Intervención (PPi)
- Terapia individual, familiar y grupal
- Descodificación
- Subsidios
- Coordinación de recursos humanos y materiales
- Seguimiento
- Entrevistas orientativas y motivacionales individuales, familiares y/o por subsistemas
- Otras (indique cuales):

**16. Relaciones que establece con los usuarios en el proceso de intervención individual:**

- Asume responsabilidad total
- Asume responsabilidad progresiva
- Asume la misma responsabilidad que el beneficiario
- Mantiene una postura objetiva/técnica
- Otras (indique cuales):

**17. Elementos teóricos más utilizados en la intervención social:**

- Metodología de Trabajo Social
- Bibliografía específica del campo de adicciones
- Legislación
- Elementos de Psicología, Medicina y Psiquiatría
- Elementos de Sociología, Antropología e Investigación Social

Modelo teórico de referencia  
Ninguno  
Otros (indique cuales):

**18. Modelos de intervención conocidos (Se puede contestar más de una opción):**

Modelo Bioclínico  
Modelo Psicodinámico  
Modelo de Intervención en Crisis  
Modelo de Modificación de Conducta  
Modelo Sistémico  
Modelo Ecológico  
Modelo Humanista  
Modelo de Gestión de Casos  
Otros (indique cuales):  
No conoce ningún modelo

**19. Modelos de intervención que se utilizan en su dispositivo/servicio/ institución (Se puede contestar más de una opción):**

Modelo Bioclínico  
Modelo Psicodinámico  
Modelo de Intervención en Crisis  
Modelo de Modificación de Conducta  
Modelo Sistémico  
Modelo Ecológico  
Modelo Humanista  
Modelo de Gestión de Casos  
Otros (indique cuales):  
No usa ningún modelo

**20. Modelo/s de intervención en los que basa su intervención (Se puede contestar más de una opción):**

Modelo Bioclínico  
Modelo Psicodinámico  
Modelo de Intervención en Crisis  
Modelo de Modificación de Conducta  
Modelo Sistémico  
Modelo Ecológico  
Modelo Humanista  
Modelo de Gestión de Casos  
Otros (indique cuales):  
No usa ningún modelo

***En caso de no utilizar ningún modelo contestar el punto 21, si no pasar al 22.***

**21. Motivos por los que los Trabajadores Sociales no aplican modelos definidos de intervención individual en las instituciones en las que trabajan:**

La Institución no exige aplicación de un modelo  
La Institución no tiene un modelo definido  
El Trabajador/a desconoce que modelo aplicar  
Otros (indique cuales):

**22. Opinión respecto a la manera en que los modelos de intervención que emplea satisfacen las demandas de la población que atiende (seleccione una opción -21.1, 21.2 o 21.3- e indique el/los motivo/s):**

22.1. Satisface las demandas:

Se ven resultados positivos  
Responde a las necesidades  
Permite evaluar el trabajo  
Otras (indique cuales):

22.2. Satisface parcialmente las demandas:

Las condiciones de la población son variadas  
Los reglamentos limitan las acciones  
No hay proyección al total de la población  
Otras (indique cuales):

22.3. No satisface las demandas:

No satisface las necesidades  
Se deben tener conocimientos específicos  
Se debe mejorar el modelo  
No se da atención integral  
Hace falta tiempo  
Hacen falta recursos  
Otras (indique cuales):

**23. Desde qué enfoque se enmarca la intervención en el Centro:**

Enfoque Biomédico  
Enfoque Biopsicosocial  
Enfoque Ecológico  
Enfoque Sistémico  
Otro (por favor indíquelo):

**24. Desde su práctica profesional diaria, ¿cuál cree que es el enfoque con el que trabaja en el Centro?:**

Enfoque Biomédico  
Enfoque Biopsicosocial  
Enfoque Ecológico  
Enfoque Sistémico  
Otro (por favor indíquelo):

**25. ¿Qué importancia cree que ocupa el TS en la intervención del equipo?:**

Interviene en todas las fases y en la misma medida que cualquiera de las otras disciplinas  
Solo interviene en la valoración inicial  
No interviene en la valoración inicial pero si en las fases posteriores  
Solo interviene si hay demanda de otras profesiones  
Solo interviene a demanda de los usuarios  
No hay intervención solo información y gestión de recursos  
Otra (por favor indíquelo):

**26. Refleje el grado de satisfacción que tiene como profesional del TS en lo relativo al desempeño de sus funciones:**

1. Nada satisfactorio
2. Poco satisfactorio
3. Satisfactorio
4. Muy satisfactorio
5. Altamente satisfactorio

**27. En el caso de haber puntuado del 1 al 3 ¿qué aspectos o condiciones tendrían que darse para que mejorase su puntuación?:**

**28. En el caso de haber puntuado del 4 al 5 ¿qué aspectos o condiciones de su realidad profesional cotidiana resaltaría para haber puntuado en estos intervalos?:**

**29. ¿Cree necesario la especialización sanitaria en el TS? (*Marcar una opción*):**

Sí, para cumplir con el requisito indispensable recogido en la LOPS (Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias) para ser profesión sanitaria

Sí, podría existir la posibilidad de formación como TSIR (Trabajadores Sociales Internos Residentes)

Sí, permitiría dos niveles: Trabajador Social graduado (generalista) y Trabajador Social Sanitario Máster (especialista).

Sí, otras razones (por favor indíquelo):

No, el TS es una visión generalista y no necesita especializaciones

No, solo sería necesario utilizar las asignaturas correspondientes dentro de la carrera

No, supondría un "encasillamiento" de la profesión

No, otras razones (por favor indíquelo):

## ANEXO III

### ENTREVISTA.

#### **Datos de registro de la entrevista:**

Entrevista nº:

Fecha de realización:

Hora inicial:

Hora final:

#### **Datos del entrevistado:**

Edad:

Sexo:

Profesión:

Universidad en la que se tituló:

Universidad en la que ha realizado el Grado, Máster o Doctorado:

Lugar trabajo:

Función que desempeña:

Años de servicio en el Dispositivo/ Institución:

Años como profesional en activo:

### **Preguntas:**

1. ¿Qué le motivo a estudiar Trabajo Social?
2. ¿Cuál es su motivación actual?
3. ¿Tiene otros estudios?
4. Si no tiene otros estudios ¿qué otra/s disciplinas le hubiese gustado estudiar?
5. Según su criterio ¿cuáles son las cualidades y condiciones de un Trabajador/a Social?
6. ¿Cuáles son las funciones que desempeña como Trabajador/a Social?
7. Como Trabajador/a Social ¿interviene en todos los casos que se encuentran en su dispositivo?
8. Si no es así ¿cuál es la razón?
9. ¿Cuál o cuáles han sido sus mayores logros profesionales como Trabajador/a Social?
10. ¿Qué obstáculos ha encontrado en el desarrollo de su carrera profesional?
11. ¿Qué variable/s facilitadora/s se ha encontrado en su carrera profesional?
12. ¿Qué debilidades de la malla curricular de la carrera universitaria encuentra ahora en su desarrollo profesional? (Entendiendo como malla curricular las materias y los módulos que componen una carrera p.e.: falta teoría, práctica, análisis, formación crítica, etc.)
13. ¿Cuáles serían las fortalezas de la malla curricular?
14. ¿Cuáles son sus miedos al enfrentar una intervención social?
15. Desde el punto de vista de la intervención ¿cómo es la relación del Trabajador/a Social con los profesionales de las diferentes disciplinas con las que trabaja?
16. Desde el punto de vista laboral ¿cómo es la relación del Trabajador/a Social con los profesionales de las diferentes disciplinas con las que trabaja?
17. ¿Considera que el modelo de intervención del Servicio/Dispositivo le limita o le favorece en el desarrollo de la intervención social?
18. ¿Qué aspectos se “lleva a casa”: los relacionados con el hecho de trabajar con las personas o los relacionados con los problemas del ámbito laboral?
19. ¿Ve el Trabajo Social Sanitario como un campo de especialización? ¿Por qué?



## ANEXO IV

### CARTA DE PRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO SATISFACCIÓN LABORAL.



Estimado colega:

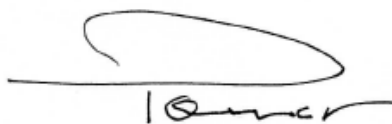
Mi nombre es Francisco Javier Pomar Fernández, profesor en la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid y Director de la tesis doctoral en la que se incluye la investigación donde se pide su colaboración.

La colaboración consiste en la cumplimentación del presente cuestionario que forma parte de la tesis doctoral en Trabajo Social titulada "El Trabajo Social en el ámbito de la Salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial" y en la que ya posiblemente, participo el año pasado. Esta investigación está realizada por el doctorando José Antonio Delgado Reguera y está dirigida a trabajadoras/es sociales que prestan sus servicios profesionales en dispositivos de salud del ámbito territorial del municipio de Madrid.

Su objetivo es conocer la satisfacción laboral derivada de la práctica profesional de los trabajadoras/es sociales en relación a su intervención en el campo de la Salud así como algunos factores que influyen sobre ella.

Las preguntas nunca se relacionan con individuos y se garantiza la confidencialidad de los datos que nos aporte. Su participación no le causará el menor problema y la sinceridad de sus respuestas será decisiva para que la investigación tenga valor científico.

Le agradecemos de antemano su colaboración. Para cualquier aclaración relativa al cuestionario puede dirigirse personalmente al doctorando, quedando yo también a vuestra disposición.

  
Francisco Javier Pomar Fernández  
Tutor de la tesis doctoral  
Universidad Complutense de Madrid

## ANEXO V

### INTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DEL CUESTRIONARIO SATISFACCIÓN LABORAL.



### **INFORMACIÓN SOBRE EL CUESTIONARIO**

Antes de proceder a cumplimentación, le rogamos lea atentamente la siguiente información. Es importante que usted entienda los principios generales que se aplican a todos los Profesionales de Trabajo Social que toman parte en el estudio:

- La participación en el estudio es completamente voluntaria.
- Si está de acuerdo en participar, tiene la libertad de retirarse en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna.
- Los objetivos del estudio o cualquier otra información sobre el estudio que usted requiera, le será facilitada por el investigador responsable del estudio.

#### **Título del estudio y de la tesis:**

La “Satisfacción Laboral de los Profesionales del Trabajo Social de la Salud”, dentro de la tesis titulada “El Trabajo Social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial”.

#### **Objetivos y Metodología del estudio:**

Se trata de un estudio promovido desde la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Complutense de Madrid para la realización de una Tesis Doctoral. Es un estudio descriptivo y transversal y para su realización se utilizará la metodología cuantitativa.

En este trabajo se establece como objetivo general analizar los factores que influyen en la satisfacción laboral de los Profesionales de Trabajo Social en los diferentes dispositivos sanitarios ubicados en la ciudad de Madrid.

Su participación en este estudio se basa en cumplimentar un cuestionario.

La participación en el estudio no implica compensación económica, ni le ocasionará gasto alguno.

**Confidencialidad:**

En los datos del estudio, su identidad permanecerá anónima. Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados exclusivamente para obtener conclusiones científicas.

**Financiación:**

Este estudio no está financiado.

**Investigador Principal:**

Si necesita alguna información adicional puede ponerse en contacto con el investigador principal del proyecto:

Correo oficial de la Universidad Complutense de Madrid:

[josedelg@ucm.es](mailto:josedelg@ucm.es)

José Antonio Delgado Reguera.

Teléfono de contacto

630.047.458

**Gracias por su colaboración**

## ANEXO VI

### CUESTIONARIO: “SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DEL TRABAJO SOCIAL DE LA SALUD”.

#### SATISFACCIÓN LABORAL: ENCUESTA DE EVALUACIÓN

CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN LABORAL EN EL TRABAJO (1ª PARTE)																																																						
<p>A continuación tiene una pequeña lista que incluye diferentes aspectos relacionados con su trabajo, sobre los que se le pregunta por su grado de satisfacción.</p> <p>Por favor, ponga una cruz dentro del cuadro correspondiente a la inicial que elija, teniendo en cuenta que:</p> <p style="text-align: center;">M= MUY SATISFECHO; B=BASTANTE SATISFECHO; P= POCO SATISFECHO; N=NADA SATISFECHO</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">M</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">B</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">P</th> <th style="width: 7.5%; text-align: center;">N</th> </tr> <tr> <td>¿Está Vd. satisfecho con su salario?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Con el tipo de trabajo que hace?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Con los empleados que dependen de Vd.? (Contestar sólo en caso de tener empleados a su cargo).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Con los jefes y superiores?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Con los compañeros?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Con sus posibilidades de ascenso?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Con la organización del trabajo que actualmente tiene?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding-top: 10px;">CONTANDO TODAS LAS COSAS</td> </tr> <tr> <td>¿Qué satisfacción tiene Vd. en su empresa?.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						M	B	P	N	¿Está Vd. satisfecho con su salario?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con el tipo de trabajo que hace?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con los empleados que dependen de Vd.? (Contestar sólo en caso de tener empleados a su cargo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con los jefes y superiores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con los compañeros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con sus posibilidades de ascenso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con la organización del trabajo que actualmente tiene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONTANDO TODAS LAS COSAS					¿Qué satisfacción tiene Vd. en su empresa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M	B	P	N																																																		
¿Está Vd. satisfecho con su salario?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
¿Con el tipo de trabajo que hace?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
¿Con los empleados que dependen de Vd.? (Contestar sólo en caso de tener empleados a su cargo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
¿Con los jefes y superiores?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
¿Con los compañeros?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
¿Con sus posibilidades de ascenso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
¿Con la organización del trabajo que actualmente tiene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
CONTANDO TODAS LAS COSAS																																																						
¿Qué satisfacción tiene Vd. en su empresa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		

CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN LABORAL EN EL TRABAJO (2ª PARTE)			
<p><b>Instrucciones:</b></p> <p>Retroceda mentalmente en el tiempo hasta el día y momento en que Vd. experimentó una <b>gran satisfacción</b> por algo en relación a su trabajo. Y también a ese otro momento en que se sintió extremadamente descontento por algo relacionado asimismo con su vida de trabajo.</p> <p>Piense unos momentos y escriba brevemente lo que pasó, en los espacios en blanco que siguen a las dos cuestiones que se plantean a continuación:</p> <p>1. Por favor, describa un hecho que a lo largo de su vida de trabajo ( bien en su empresa actual o en otra anterior) le haya producido una <b>gran satisfacción</b>, o la mayor satisfacción que recuerde:</p>			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="padding: 2px 5px;">FACTOR Nº</th> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	FACTOR Nº	
FACTOR Nº			

2. Describa asimismo un hecho de su vida de trabajo que le haya provocado una gran insatisfacción o disgusto:	
	FACTOR Nº
3. Anote en los recuadros de la derecha los factores que a su juicio han sido causantes de las situaciones (tres como mínimo en cada casilla, escogidos de entre los que enumeramos a continuación).	
FACTORES	DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES
1. LOGROS	Metas alcanzadas, resultados o rendimientos del trabajo, sentimiento del deber cumplido.
2. RECONOCIMIENTOS	De su trabajo: procedente de jefes, compañeros, subordinados, etc.: elogios, censuras.
3. EL TRABAJO MISMO	Trabajo atrayente, creativo, desafiante, variado.
4. RESPONSABILIDAD	Nivel de supervisión. Responsable de su propio trabajo o del de otros. Trabajo importante.
5. PROMOCIÓN	Cambio de nivel o posición. Posibilidad de ascenso. Formación a cargo de la empresa.
6. COMPETENCIA DEL SUPERIOR	Competencia de la Organización y Dirección de la empresa. Sistema de administración. Claridad de Políticas.
7. REMUNERACIÓN	Sueldo, primas, ventajas económicas.
8. DIRECCIÓN Y RELACIONES HUMANAS	Relaciones con superiores, colegas e inferiores.
9. CONDICIONES DE TRABAJO	Ambiente físico (iluminación, confort, etc.). Cantidad de trabajo: condiciones de seguridad.

DATOS DEL ENCUESTADO (3ª PARTE)	
1. Indique su edad:	<input type="text"/>
2. Indique su sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
3. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a o convive en pareja <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> N.S./N.C.
4. Indique la Universidad dónde realizó sus estudios en Trabajo Social:	<input type="text"/>

5. Señale su titulación inicial en Trabajo Social:

☐ Asistente Social  
☐ Diplomado en Trabajo Social  
☐ Grado en Trabajo Social  
☐ Master o Postgrado  
☐ Doctor

6. ¿Ha realizado actualización curricular ?:

☐ Sí  
☐ No

*En caso de no haber realizado actualización curricular pasar al punto 8.*

7. Actualización de la titulación en TS:

☐ Diplomados en Trabajo Social  
☐ Grado en Trabajo Social  
☐ Master o Postgrado  
☐ Doctor

8. En que intervalo finalizó sus estudios en TS:

☐ Decada de los 70  
☐ Decada de los 90  
☐ Decada 2000  
☐ Posterior al año 2010

9. Tiempo que lleva trabajando en el sector de TS en Salud:

☐ Menos de 1 año  
☐ Entre 1 y 3 años  
☐ Entre 3 y 5 años  
☐ Más de 5 años

10. Sector institucional en el que desempeña su profesión:

☐ CAD  
☐ CAID  
☐ Centro de Salud  
☐ Hospital  
☐ Recurso residencial  
☐ Centro de Salud mental  
☐ Otras (indique cuales):

11. Función que realiza en su trabajo:

☐ Trabajador Social  
☐ Coordinador/Dirección  
☐ Otras (indique cuales):